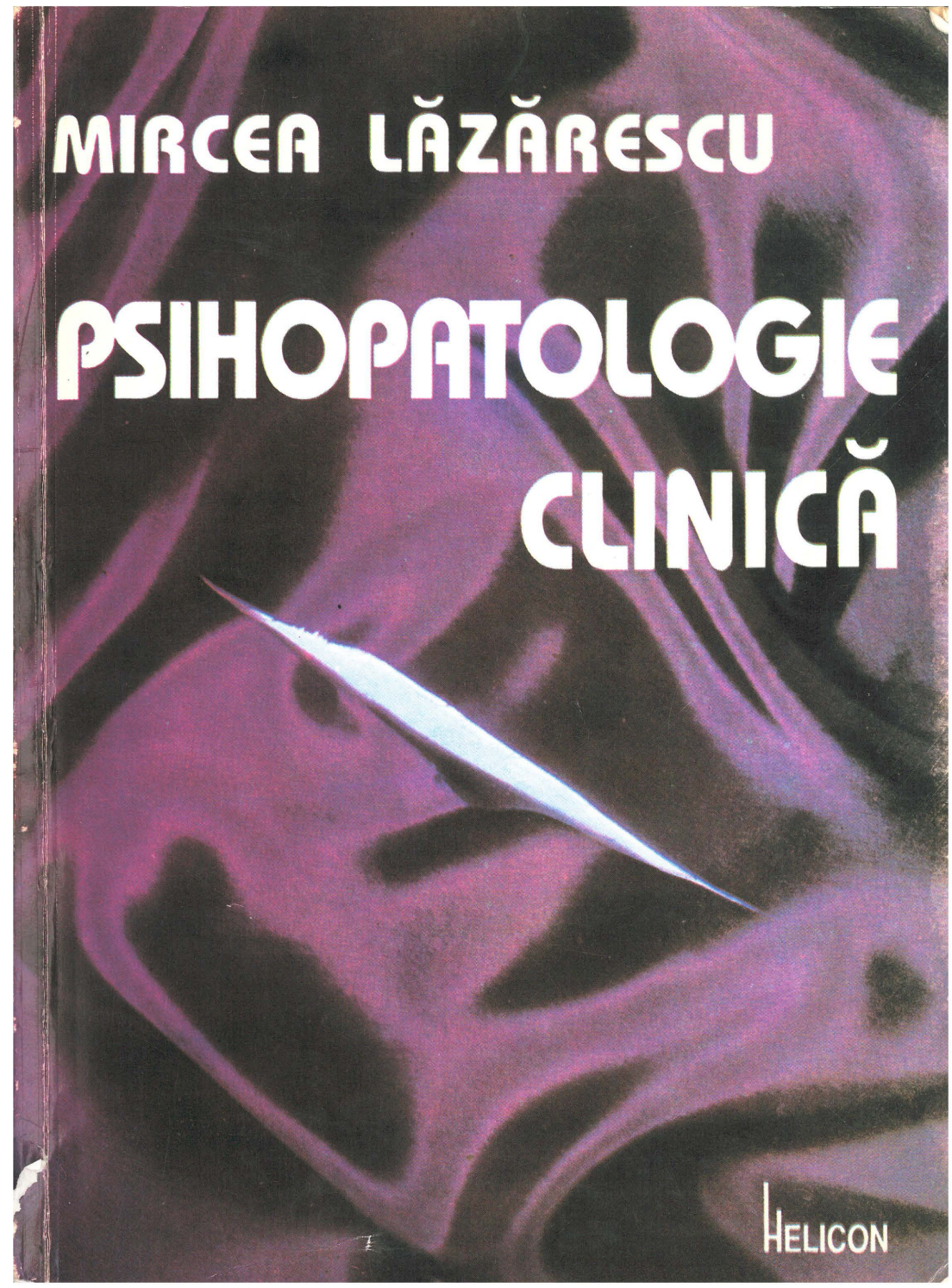




MIRCEA LĂZĂRESCU

PSIHOPATOLOGIE
CLINICĂ

HELICON

O premieră absolută în literatura noastră de specialitate, o reușită intelectuală și editorială care depășește granițele psihiatriei românești.

Cartea înmănunchează preocupările de peste două decenii ale profesorului dr. MIRCEA LĂZĂRESCU în domeniul atât de complex, de interesant și util al psihopatologiei clinice și care reprezintă coloana vertebrală a psihiatriei aplicate ca vastă tentativă de salvare a omului suferind psihic.

Autorul nu se limitează să realizeze doar o sinteză originală prin corelarea datelor cercetărilor desfășurate pe plan internațional în ultimii douăzeci de ani, cu tradiția psihopatologiei clinice europene, ci reușește să contureze un proiect bazal – de referință – pentru elaborarea strategiilor și metodologiilor din acest sector în următorii ani.

O carte de excepție care aprofundează și dezvoltă tot ce este nou în domeniul psihopatologiei clinice.

MIRCEA LĂZĂRESCU

PSIHOPATOLOGIE
CLINICĂ

ISBN 973-9159-29-X

MIRCEA LĂZĂRESCU

PSIHOPATOLOGIE CLINICĂ



*Accastă carte ce reprezintă o
punte între generații o dedic maestrului
meu spiritual EDUARD PAMFIL cu
toată dragostea și prețuirea.*

M. LĂZĂRESCU

INTRODUCERE

Astăzi, este greu de precizat ce s-ar putea înțelege prin psihopatologie în general și prin psihopatologie clinică în special. Dacă ne-am referi la operele complete ale lui Freud și Jung nu am progresa suficient în circumscrierea problemei. Și la fel dacă am invoca colecția publicațiilor lui Binswanger, von Gebsattel sau Minkowski. Poate, parcurgerea unor lucrări clasice cum ar fi Psihopatologia generală a lui Jaspers sau Psihopatologia clinică a lui K. Schneider ar putea constitui o relativă „definiție ostensivă” pentru acest domeniu. Dar, lucrările menționate, publicate cu decenii în urmă, nu clarifică explicit cadrul, limitele și conținutul subiectului în discuție.

Dintre încercările recente de sinteză poate fi utilă cartea lui Janzarik (Strukturdynamische Grundlagen der Psychiatrie, 1988), care reprezintă o tentativă de sistematizare a bazelor teoretice ale psihiatriei. Însă, această lucrare este expresia unei anumite tradiții, în speță structurtal-dinamică a psihopatologiei germane, fără o rezonanță internațională semnificativă.

Dintr-o altă perspectivă nu se poate nega faptul că în ultimele două decenii s-au realizat progrese conceptuale și

faptice în direcția a ceea ce s-ar putea înțelege prin psihopatologie clinică, mai ales prin contribuția autorilor anglo-saxoni. Dintre ele pot fi reținute: teoria vulnerabilitate/stress, problema evenimentelor (schimbărilor) stressante de viață, cea a capacităților și abilităților subiectului de a face față problemelor de viață stressante în mediul social (capacități de „coping”), problema rețelei de suport social, cea a psihopatologiei developmentale, a problemei ciclurilor vieții ș.a. De asemenea, s-au înregistrat progrese considerabile în definirea „cazului” psihiatric pe bază de criterii explicite și definiții operaționale; conturarea sistemelor nosologico-nosografice în raport cu anumite criterii și reguli; diagnosticul tablourilor psihopatologice pe baza datelor obținute prin interviuri structurate și semistructurate (în raport cu liste de simptome definite operațional); în utilizarea unor scale de evaluare atât în ceea ce privește simptomatologia, cât și capacitățile (abilitățile) sociale ale subiectului, pentru cuantificarea cât mai precisă a nivelului său de funcționare socială etc.

În raport cu acest ansamblu de idei, programe, teorii, metodologii și date se afirmă cu acuitate problema unei psihopatologii clinice generale, funcționând ca un nucleu teoretic coerent care să reunească problemele esențiale ale individului uman dincolo (și în spatele) diverselor suferințe psihiatrice determinate. În această incidență, psihopatologia clinică ar urma să se preocupe de: a) circumscrierea științifică a conceptelor de normalitate, anormalitate și patologie în perspectiva tulburărilor psihice; b) comentarea științifică a relațiilor dintre teren și condiționările circumstanțiale ale stărilor psihopatologice; c) comentarea științifică a modalităților de manifestare, evoluție și structurare a stărilor patologice din acest domeniu ca bază pentru

conturarea unui sistem nosologic. Iar, în raport cu acestea, precizarea criteriilor ce stau la baza structurării unui astfel de sistem, dar și la baza unui diagnostic cât mai exact și pertinent (pe bază de check-listing, definiții operaționale explicite, interviuri structurate și semistructurate etc.). Mai intră în joc și „scalele de evaluare” importante mai ales în perspectiva conturării evoluției în timp. Și testele psihologice sînt utile în perspectivă psihopatologică. De asemenea, elaborarea proiectelor de terapie și susținere prin mijloace psiho-sociale a persoanelor aflate în situații psihopatologice trebuie inclusă în acest cadru.

În raport cu acest program complex delimitarea între disciplina medical-clinică a psihiatriei și cea a „psihopatologiei clinice” este dificilă. Apare evident că în proiectul sugerat nu e vorba de nici o boală definită, de nici o stare „anormală” care să fie de la început sub jurisdicția practicii medicale. De aceea, s-ar putea accepta ca temele anunțate să se organizeze într-un domeniu al „psihopatologiei clinice” ca un cîmp teoretic aparte, aflat la jumătatea drumului între teoriile și practicile antropologice (în general) și cele medical-psihiatrice în special. O astfel de „psihopatologie clinică” ar trebui să-și lămurească corelațiile cu doctrinele majore ale psihopatologiei constituite în acest secol: teoriile psihanalitice, fenomenologice, antropologice, behavioriste, cognitiviste etc.

În cartea de față nu vom putea răspunde tuturor acestor exigențe. Dar, vom încerca o minimă sinteză, pe care o considerăm necesară în prezent și care să poată constitui un punct de plecare pentru elaborări teoretice și cercetări practice ulterioare.

Mulțumesc tuturor celor care de-a lungul anilor de pregătire a materialului pentru redactarea acestei sinteze au

fost alături de mine și, în primul rând, Maestrului meu spiritual EDUARD PAMFIL. *În mod deosebit îi sînt recunoscător doctorului* DORU OGODESCU, *fără al cărui sprijin moral și ajutor practic nu puteam duce la capăt această carte. Și, de asemenea, amintim pe* Marcel Brăileanu *și* Jeni Cap.

Timișoara, septembrie 1993

Prof. dr. MIRCEA LĂZĂRESCU

CAPITOLUL 1

PERSOANA UMANĂ CONȘTIENȚĂ – CADRU DE REFERINȚĂ PENTRU PSIROPATOLOGIE

PERSOANA UMANĂ ÎN PERSPECTIVĂ DINAMICĂ ȘI STRUCTURALĂ

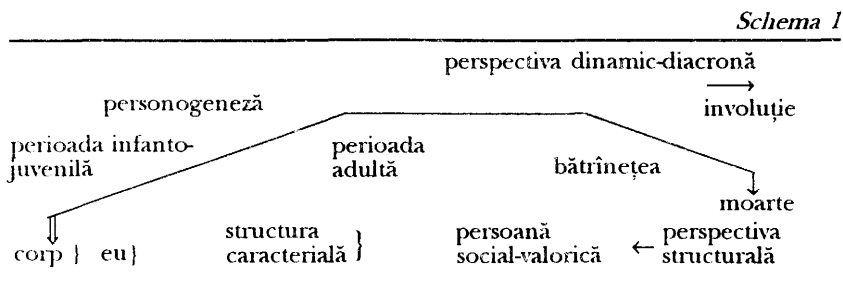
Persoana umană este o realitate infinită și insondabilă pînă la capăt atît în esența, cît și în concretețea ei. Ea nu este, însă, de necircumscriș. Libertatea și misterul ei creator învăluie și aureolează o structură funcțională organizată care poate fi sesizată din diverse perspective și evidențiată prin multiple descrieri. Psihologia și psihopatologia în afirmarea și desfășurarea lor ca științe implică și se referă la analiza și comentariul acestei arhitectonici.

Psihismul uman are două structuri distincte în principiu, dar care sînt în fapt intricate. Pe de o parte, un strat biologic; psihismul cu multiplele sale funcții fiind o caracteristică evidentă la

animalele superior organizate. La acest nivel se pot identifica funcții ca atenția, percepția, memoria, evaluarea anticipativă, decizia în condiții de risc, emoția, atașamentul afectiv, sociabilitatea, comunicarea, comportamentul cu scop, relația de dominare-supunere, construcția și apărarea locuinței, creșterea și învățarea puilor etc. Pe de altă parte, se poate discerne un strat specific uman al psihismului dimensionat prin conștiința reflexivă, liberă, imaginativă și sintetic-creatoare întru nou, care implică logosul comunității și spiritualitatea.

Persoana conștientă nu este o realitate nemijlocită și primă, ci una mijlocită. Ea se împărtășește pe parcursul formării sale din instanțele umane suprapersonale deja menționate. Adică din cosmosul logosului desfășurat în istorii, povestiri și teorii precum și din normativitatea statutelor și rolurilor socio-culturale, modelate de valorile deontice și aspirate de spiritualitatea ce vizează transcendența. „Există în fiecare dintre noi ceva mai adânc decât noi înșine (spunea Augustin în „Confesiuni”) care-și împlinește lucrarea și rostește prin noi, care se afirmă în inima existenței noastre concrete, unice și irepetabile, de persoană individuală”. Ca persoană concretă și originală fiecare din noi reunește în el o multiplicitate diversă care-i asigură atât un conținut, cât și un suport solid, pentru proiecția cu sens în lume.

Comentariul analitic al persoanei conștiente presupune două perspective fundamentale: cea dinamic-diacronă și cea structurală. Le vom schematiza în felul următor:

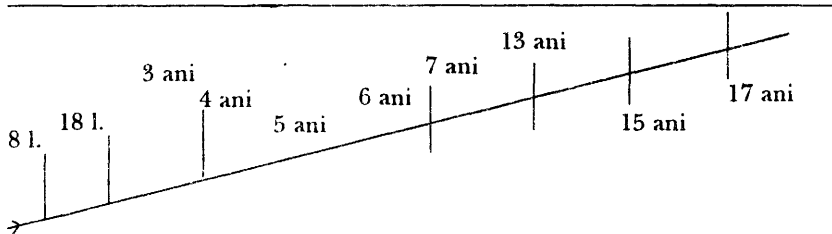


În perspectiva dinamic-diacronă se poate urmări cum persoana conștientă se formează în cursul ontogenezei, a „personogenezei”, prin relațiile sale comunicante cu alți indivizi și

instanțe umane, cu tineri și adulți care-i facilitează accesul la „lumea umană” prin identificări, modelări, comunicări, învățarea și transmiterea informațional educativă. Dezvoltarea psihismului conștient se realizează în paralel cu dezvoltarea corporalității și a sistemului nervos central (S.N.C.), fapt ce face posibilă apariția progresivă și additivă a noi caracteristici și capacități într-o ordine determinată. La diverse vârste individul uman are variate abilități psihice, cunoștințe, receptivități, posibilități de înțelegere și recepție, adică anumite caracteristici psihice normale și anumite valențe și potențialități psihopatologice. Întreaga dezvoltare psihică și întreg cursul existenței personale este marcat de perioade de criză și de salt sintetic, între care se desfășoară parcursuri mai calme și lent cumulative de existență. Diverse doctrine psihologice atrag atenția în mod special asupra unor anumite momente cronologice ale existenței persoanei. Unele dintre acestea sînt unanim recunoscute:

Schema 2

Perioade critice în prima parte a personogenezei

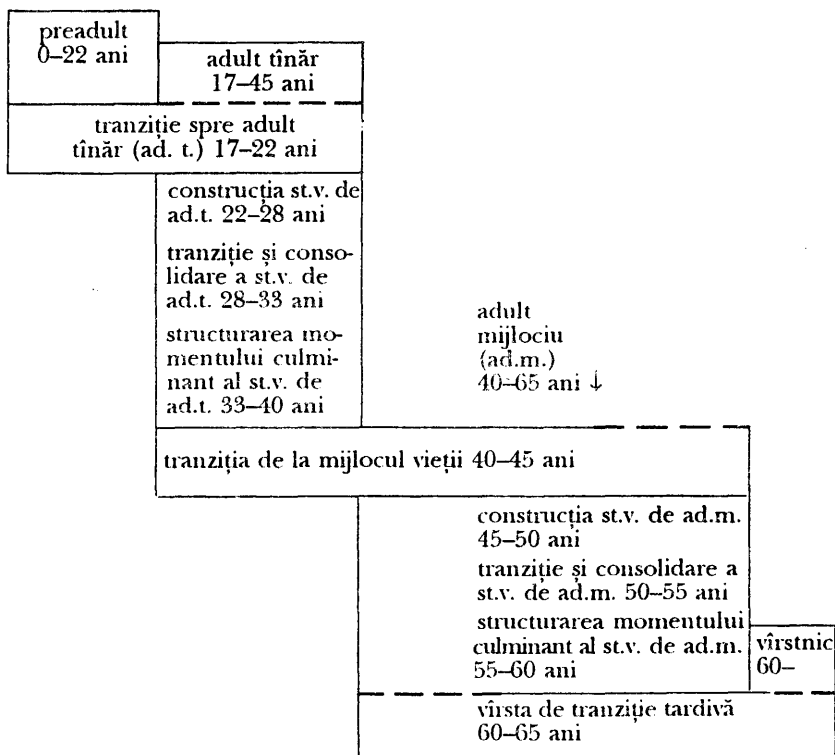


În perspectivă ontogenetică o atenție deosebită s-a acordat primilor 3-5 ani de viață care au fost subdivizați – mai ales în perspectivă psihanalitică și în cea a dezvoltării inteligenței – în variate subperioade, asupra cărora nu vom insista la acest nivel (de referință sînt teoriile lui Freud și Piaget). O direcție importantă de studiu a ultimilor ani o constituie „ciclurile vieții” din perioada vârstei adulte. Jung a insistat mai demult asupra metamorfozelor adultului care pe măsură ce trăiește variate evenimente și cîștigă progresiv experiență de viață, tendînd continuu creația, se definește tot mai mult ca persoană concretă, individual-originală, unică, printr-un proces de „individuație”. Totuși, până în ultimul

deceniu, atenția psihologilor și psihopatologilor a fost reținută mai ales de prima copilărie (sub influența psihanalizei clasice) și parțial de perioada vârstei juvenile datorită implicațiilor de impact cu societatea. Erickson a atras atenția asupra importanței studierii „ciclurilor vieții” și la vârsta adolescenței și a celei adulte. În această direcție s-au angajat mai multe programe de cercetare, dintre care menționăm pe cel al echipei lui Levinson (după concepția căruia prezentăm următoarea schemă):

Schema 3

Structuri ale vieții (st. v.) în cadrul cursului și ciclurilor vieții – după Levinson și colaboratorii (pentru bărbați)



Echipa lui Levinson opinează asupra existenței unor subcicluri ale vieții de aproximativ 5 ani. Tranziția între diverse perioade de viață, între diverse cicluri sau subcicluri este marcată de perioade „critice” în cursul cărora persoana, este mai vulnerabilă la apariția tulburărilor psihice. Studiile empirice privitoare la aspectele normal-psihologice și psihopatologice corelate ciclurilor vieții în diverse culturi sînt abia la început. Această perspectivă este, însă, deosebit de importantă și nu poate fi ignorată de psihopatologia clinică. În plus, pe lângă această viziune predominant exterioară, problema ciclurilor vieții este abordabilă și din perspective mai concrete, cum ar fi ciclurile de studiu, ciclurile profesionale, ciclurile familiale, ciclurile domiciliu-locative etc. Toate aceste perspective se întretaș în mod variat și sînt implicate în problematica psihopatologică.

În procesul dezvoltării ontogenetice și, în general, în cursul desfășurării existenței sale, a raportării concrete față de lume, individul este activ, pretinzînd, solicitînd, investigînd, proiectînd intenții de acțiune și asimilînd realitatea. În același timp el suferă influențele împlîtoare sau intenționale ale lumii umane cu care este în contact direct și pe care o receptează după capacitățile și particularitățile sale determinate la o vîrstă dată și într-un context definit. Întreg acest aspect dinamic se corelează strîns cu perspectiva „diacronă” (adică, desfășurată de-a lungul timpului) a existenței persoanei. În această perspectivă dinamic-diacronă în afara marilor perioade bio-psiho-antropologice care țin mai mult de cronologia exterioară, pot fi identificate mai ales la vîrsta adultă și alte „perioade de viață” (sau parcursuri existențiale) pe baza unor anumite criterii de circumscriere (vezi schema nr. 3 din p. 12).

– Perioade circumscrie predominant dinamic-proiectiv ținînd de urmărirea unui scop, a unui rost și a unui sens și însumînd drumul de viață parcurs întu împlinirea respectivului proiect. De exemplu, pregătirea pentru un examen și susținerea lui cu succes, curtare, logodna și căsătoria, „planificarea” unui copil, gravitatea și nașterea, conceperea, realizarea și împlinirea unei opere. Desigur, aceste perioade se pot încheia cu împlinire sau eșec, cu schimbări de viață care sînt vizibile și din exterior sau cu metamorfoze interioare semnificative.

– Perioade de viață definite prin existența subiectiv-personală în cadrul unor parametri relativ constanți de statut și rol social,

rețea socială, habitudini etc. De exemplu o perioadă de școlarizare, de exercitare a profesiei într-un loc, o căsnicie ce se consumă etc. Și aceste perioade se încheie de obicei cu schimbări de viață constatabile din exterior, dar și cu posibila trăire din interior a unei împliniri sau a unui eșec.

Ciclurile vieții și perioadele de viață se întretaiesc și cu un eșafodaj de ritmicități bio-psiho-antropologice, care au fiecare diverse durate, condiționări și intensități. Putem diferenția între:

- Bioritmuri în sens strict, cum sînt ritmurile cardiace, respiratorii, menstruale etc.;

- Ritmul circadian, fundamental și de referință pentru viața omului, ritm care este și el în esență biologic, fiind puternic modelat socio-cultural (subelementele lui sînt: alternanța somn-veghe, secvențele ciclic-ritmice ale somnului, alimentația, oscilațiile diurne ale energiei bio-psiice și ale dispoziției etc.);

- Ritmul sezonier, al anotimpurilor anuale, condiționat în mare măsură de temperatură și lumină, dar și cu unele influențe socio-culturale ținînd mai ales de programele vieții agrare sau școlare;

- Psihoritmurile influențate predominant cultural, așa cum sînt ritmul săptămînal, cel condiționat de sărbători, vacanțe, program de lucru etc., asupra cărora a atras atenția Tellembach.

Avînd ca fundal aspectele dinamic-diacrone amintite persoana conștientă aflată într-o stare biologică de veghe se află în permanență angajată în situații actuale problematice pe care trebuie să le rezolve. Prin această prezență, angajare și rezolvare se structurează și se dimensionează „prezentul trăit”. Aceasta are o durată variată constituindu-se, în egală măsură prin intenția proiectivă a subiectului și prin solicitarea ambianței. Desfășurarea și împlinirea trăirii unei astfel de „situații-prezente” se poate realiza secvențial după anumite strategii, cu întreruperi și reluări. În plus, subiectul poate trăi concomitent mai multe prezente care diferă ca amploare și structură, la fel cum poate trăi concomitent mai multe perioade sau parcursuri existențiale (schema 17, p. 391).

În cadrul prezentului trăit, adică a angajării subiectului în situații problematice actuale ce se cer rezolvate sînt implicate toate funcțiile și structurile psiice:

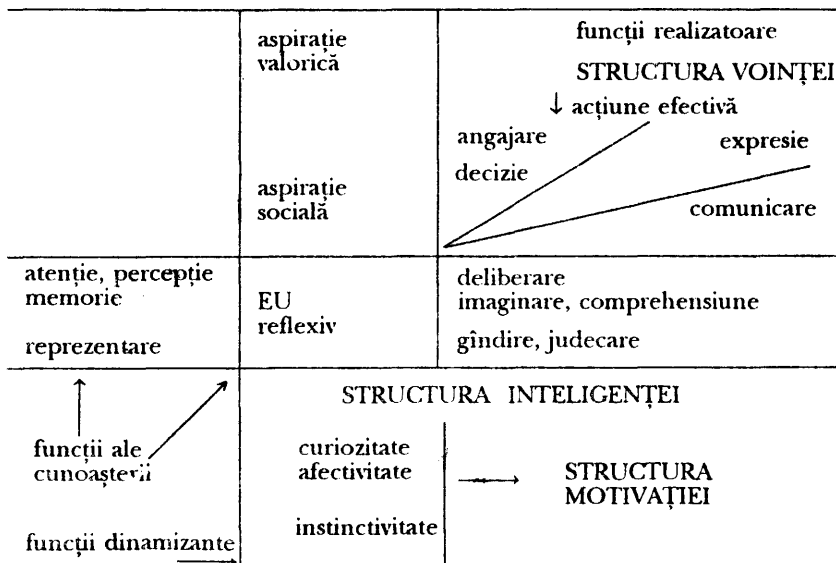
- funcțiile intelective (atenția, percepția, memoria, înțelegerea, reprezentarea, imaginarea, gîndirea, judecarea) cuprinse în structura inteligenței;

- funcțiile dinamizante (instinctiv-afective, de curiozitate, de aspirație socială și valorică) cuprinse în structura motivației;
- funcțiile realizatoare (deliberare, decizie, proiect, acțiune efectivă, expresie, comunicare lingvistică) cuprinse în structura voinței.

Toate aceste funcții sînt centrate de „eul reflexiv” capabil de sinteză, libertate și creație.

Deoarece funcțiile psihice menționate sînt implicate nu doar în perspectiva dinamic-diacronă a rezolvării problemelor situaționale, ci și în cea a structurii caracteriale, jucînd un rol important în sistematizarea simptomatologiei psihopatologice prezentăm în continuare o ordonare schematică a lor:

Schema 4



În centrul existenței dinamic-diacrone a persoanei conștiente stă proiectul de acțiune. Aceasta derivă din interioritatea și intimitatea persoanei conștiente, exprimînd dorințele, intențiile, aspirațiile, viziunile intenționale, speranțele sale. Dar, în

același timp, proiectul subiectului este solidar cu mediul uman din care el face parte, cu problemele pe care acesta le ridică, cu solicitările directe (rugăminți, pretenții, cerințe), cu sugestiile acestuia (sfaturi, îndemnuri) cu imperativele (porunci, interdicții). Desigur, sinteza proiectului personal depășește elementele diverse și disparate ale dinamizării și solicitării, realizându-se sub semnul unei sinteze și a unei libertăți intime care definește persoana în individualitatea și individuația ei. Proiectul de acțiune susține și orientează comportamentul efectiv ce se realizează cu ajutorul corpului utilizat ca instrument și se bazează pe cunoașterea și semnificațiile pe care logosul uman le pune la dispoziția subiectului. Angajarea într-un proiect de acțiune tensionează persoana, crescîndu-i coeziunea interioară, încrederea în sine, forța și speranța. Încheierea acțiunii poate aduce pe lîngă satisfacție sau insatisfacție (în caz de eșec) și o detensionare, uneori, chiar un „gol interior” care e depășit doar printr-o nouă angajare. Se cere semnalată de pe acum situația „eșecului” unui proiect, caz în care – spre deosebire de alte aspecte ale dinamismului existențial – nu se modifică nimic semnificativ care să fie sesizabil din exterior. Dar, tocmai această „neschimbare” afectează subiectul.

Proiectele de acțiune și actele efective pe care acestea le determină, variatele bio-psiho-ritmuri, multiplele perioade de viață (sau parcursuri existențiale), marile și micile cicluri ale vieții, toate organizează „linii temporale” (ale timpului trăit de către subiect) care le sînt proprii. Acestea, se desfășoară în paralel, iar parțial se întretaiesc și se contopesc. Faptul determină o anumită „adîncime temporală” pentru experiența unei persoane date, condiționînd în același timp rezistența sau vulnerabilitatea față de influențele psihosociale care pot induce tulburări psihopatologice.

În perspectivă diacronă, în spatele tuturor straturilor de temporalitate menționate se întîlnește „durata” proprie a existenței unei persoane date; ax al duratei ce derivă din biografie și se contopește cu identitatea persoanei, pe care o întîlnim ca element esențial în perspectiva structurală a acesteia. Iar deasupra duratei și straturilor de temporalitate, prin mijlocirea prezentului trăit se împlinește devenirea persoanei, creatoare întru nou. Astfel se constituie ceea ce s-ar putea numi „biografia” unei persoane,

care poate fi considerată din exterior și descrisă într-o manieră romanească sau evidențiată prin repere schematice. Dar, nu trebuie ignorat nici ceea ce s-ar putea numi „biografie interioară” ce constă din metamorfoza sensurilor și angajărilor existențiale, a devenirii intime a persoanei, în contextul lumii umane care o învâluie și-i dă sens.

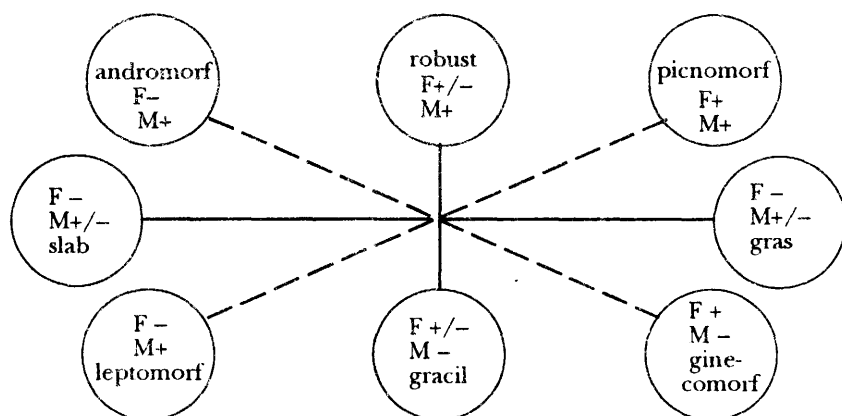
Perspectiva structurală se referă la aspectele relativ constante ale existenței persoanei, care-i asigură identitatea și stă în spatele manifestărilor sale actuale – circumstanțiale sau episodice, susținându-le. Desigur, între aspectul dinamic – diacron și cel structural există o permanentă interrelație, un permanent circuit. În perspectivă structurală mai importante sînt (în ordine ierarhică și de implicare progresivă) următoarele instanțe: corporalitatea; eul; caracterul tipologic; persoana socio-valorică.

Corporalitatea. Corpul uman este, în primul rînd, o realitate biologică care se formează în urma fecundării celulei sexuale feminine de către cea masculină și apoi se naște, crește și se diferențiază, acumulează abilități, îmbătrînește și moare. În această perspectivă biologică, corpul poate suferi diverse agresiuni, se poate îmbolnăvi, poate ajunge la stări defective și moarte prematură. Există, desigur, particularități ale corpului uman care țin de sex, vîrstă, rasă. Corporalitatea biologică a persoanei poate fi analizată și evaluată în perspectiva aspectului exterior, a structurii morfologice interne, a particularităților biochimice, imunologice, fiziologice, endocrine, a manifestării impulsurilor etc. O serie de particularități pot fi evidențiate dacă se ia în considerare sistemul nervos central (S.N.C.) în diverse arii ale funcționării acestuia. În ultimul deceniu s-a evidențiat importanța bunei funcționări și a echilibrului dintre diversele sisteme de neurotransmisie cerebrală (colinergic, serotoninergic, dopaminergic, adrenergic etc.) și eventuala „vulnerabilitate” sau „disfuncțiune” a unora dintre acestea. Desigur, atunci cînd se analizează și se evaluează funcționarea S.N.C. trebuie să ținem cont că aceasta depinde atât de factori genetici, cît și de influențe ce au acționat intrauterin, perinatal și postnatal.

Din punct de vedere formal și funcțional corpul poate prezenta particularități corelabile cu cele psihologice, mai ales în perspectivă temperamentală și a predispoziției față de anumite boli. Corelația biopsihologică este sesizată în tradiția doctrinei umoraliste hipocratice-galenice, în cadrul căreia cele patru umori (sîngele, pituita, bila galbenă și bila neagră) stau atît la baza temperamentelor, cît și a stărilor maladive. La acest nivel, însă, nu e încă implicată morfologia corporală care apare în doctrinele bio-tipologice ale secolului XX ale lui Sigaud, Viola, Pende, Kretschmer, Sheldon. Pentru psihiatrie este de reținut mai ales opera lui Kretschmer, care distinge tipul picnic de cel leptosom și mușchiular; fiecare cu corelatele sale temperamental-caracteriale și psihopatologice.

Scheldon aduce acestei viziuni intuitive (întărită prin măsurători) o completare doctrinară invocînd predominarea uneia dintre cele trei foite embrionare. Dar, pînă în prezent nu avem suficiente studii sistematice și riguroase privitoare la corelația dintre caracteristicile biocorporale, aspectele psihologice și cele psihopatologice ale persoanei. Reținem sugestiile lui von Zersen care are în vedere evaluarea țesutului adipos în raport cu cel mușchiular, incluzînd și perspectiva masculinitate-feminitate.

Schema 5



F = dezvoltarea țesutului adipos; M = mușchiularitate, robustețe;
+ = intens exprimat; - = slab exprimat; +/- = exprimare medie.

Corpul este nu numai o realitate fizico-biologică, ci și una psihologică. Mai precis, corpul trăit exprimă infrastructura existenței psihologice a individului care înrădăcinează ființa conștientă a acestuia în realitatea fizico-biologică (Henry Ey).

Corporalitatea are o proiecție bogată în cortexul cerebral al animalelor și oamenilor. Pe cortex este reprezentată delimitarea propriului corp, așa-zisa „schemă corporală” (sau „imagine corporală”) care, pentru fiecare individ, circumscrie „spațiul interior” în care e resimțită și percepută funcționarea organelor interne, foamea, durerea, satisfacțiile biologice, gândirea, de „spațiul exterior” în care e percepută lumea de obiecte, ființe și persoane ce se ordonează spațial în raport cu individul, după direcții, distanțe, perspective, raporturi reciproce. Schema corporală, pe lângă delimitarea spațiului trăit în interior și exterior, îl structurează pe acesta din urmă și în raport cu lateralitatea (dreapta-stînga), precum și în raport cu alte direcții (sus-jos, în față-în spate). Se creează astfel, prin orientarea spațială, premisele posibilității de acțiune.

Corpul uman este resimțit și trăit de subiect inconștient și conștient, ca un instrument de percepție și acțiune, de expresie, comunicare și relaționare. El este implicat în vorbire și scris, în dans și în practica dragostei, în rugăciune și creație.

Receptarea (percepția) propriului corp este o trăire continuă, conștientă și neconștientă a subiectului și reprezintă un element cheie al resimțirii indentității lui cu sine și a raportării subiectului la lume. Percepția propriului corp se realizează atît prin intero și proprio-cepție, cît și prin exterocepție, prin oglindiri fizice, prin receptarea reacției altora față de propria apariție și manifestare corporală. Autopercepția și autocontrolul expresiei corporale și a comportamentului realizat prin „corpul instrument” joacă un rol important în stimularea „sinelui” și în afirmarea de sine.

Eul reflexiv reprezintă instanța subiectivă și obiectivă a sintezei funcțiilor psihice în perspectiva identității subiectului și a acțiunii sale eficiente, a identității sale diacrone cu sine, a diferenței sale față de alții, în spatele confruntărilor, identificărilor și comunicărilor circumstanțiale. Subiectul, care este ancorat în propria corporalitate resimte în permanență faptul că „el-însuși”

este autorul intențiilor, dorințelor și actelor sale și că „el-însuși” poate decide liber ce să facă ori să nu facă, ce să afirme, să exprime și să spună ori să nu comunice altora. „Eul” este toposul central al conștiinței de sine și al libertății persoanei (vezi schema 18 din p. 329).

Eul se consolidează și se amplifică prin identificările de durată cu părinții, cu alte persoane concrete apropiate afectiv, cu eroii ideali (din povești, filme, romane). Eroii ideali vehiculează cu ei arhetipurile și valorile socio-culturale. De fapt, identificările sînt o etapă în direcția „asimilării de durată” a „celuilalt”, a „celorlalți” în substanța psihologică a propriului Eu, pe drumul formării acestuia ca o realitate individuală bogată și complexă. Iar o dată cu acestea se asimilează și normativitatea socială, regulile deontice care prescriu ceea ce e interzis, obligatoriu și permis, precum și valorile esențiale ale unei culturi date.

Toate doctrinele psihopatologice au invocat și comentat „eul” ca centru operațional, intențional și reflexiv („selbst”, „self”) a persoanei. Pot fi invocați Jaspers, Freud și Sullivan. Mai ales psihanaliza a edificat o doctrină a „eului” care mediază, pe de o parte, între pulsuni și tendințe inacceptabile iar pe de altă parte, „exigențe ale realității” și „autointerdicții” (sociale sau de tip moral introjectate în instanța Supraeului). Eul devine astfel sediul deciziilor și strategiilor subiectului, fie că acestea se desfășoară inconștient sau conștient. Energia eului derivă – conform doctrine psihanalitice – în mare măsură din fondul pulsional biologic. Dar ea depinde și de conjuncția dintre aspirații și solicitări, satisfacții și premieri (schema 18, p. 392).

Subiectul, care în cursul ontogenezei își dezvoltă capacitatea operațională a inteligenței, asimilează un fond de cunoștințe teoretice și practice ce se află mereu la dispoziția lui în cadrul contactului cu lumea. Aceste cunoștințe sînt ordonate și ierarhizate după liniile de forță ale unui set de opinii, păreri, puncte de vedere, convingeri, evidențe, certitudini și credințe, mai mult sau mai puțin argumentate și justificate în perspectivă personală și socio-culturală.

Fiecare individ prezintă unele particularități în percepție, atitudine, gîndire, trăire, reacție, comunicare și comportament, care-l aseamănă și în același timp îl diferențiază de alții. Pe baza

acestora, el poate fi caracterizat și cuprins într-o clasă tipologică-caracterială. Temperamentul a fost considerat ca planul predominant înăscut, atematic și nemotivațional al structurii persoanei constând din sociabilitate, emotivitate, energie bio-psihică, viteza de derulare a proceselor psihice etc. Aspectul caracterial este predominant câștigat prin experiența trăită și se referă la stilul de raportare interpersonală a individului, de prelucrare a trăirilor intrapsihice, de decizie, proiectare și executare a acțiunilor, de colaborare cu alții în cadrul vieții comunitare. Toate aceste aspecte tipologice „temperamental-caracteriale” corespund unei realități, pot fi înregistrate și descrise, putând fi astfel clasificate. Dar, caracteriologia este parțial și un construct teoretic al grupului socio-cultural ce realizează caracterizarea și partajarea în clase tipologice a persoanelor. Apartenența la o astfel de clasă nu spune prea multe despre calitățile, capacitățile sau defectele persoanei și nici despre originalitatea ei. Tipologia caracterială este totuși importantă pentru antropologie și psihopatologie deoarece permite introducerea unei ordini în diversitatea persoanelor.

- Identitatea subiectului se definește și prin asimilarea și practicarea într-un anumit mod, determinat, a statutelor și rolurilor sociale. În plus, persoana umană înțeală într-un sens larg și bogat mai are două instanțe importante și anume:

- Felul în care se realizează în mod relativ constant sinteza judecării morale a subiectului respectiv;

- Felul în care el realizează, deasupra statutelor sociale menționate și într-un context socio-cultural determinant, creativitatea persoanei cu penetranță socio-culturală.

În perspectivă globală, structural-dinamică, existența personală se distribuie între doi, poli și anume: – intimitatea subiectivă a secretului personal care nu e comunicat nimănui și de unde izbucnește originalitatea creatoare, spontană, a persoanei. Iar, pe de altă parte, zona apariției publice în care individul joacă roluri și-și reglează intențional manifestările, așa cum dorește ca

acestea să fie recepționate de alții. Între aceste două extreme se află o zonă a relațiilor intime, a relațiilor cu cei apropiați, a raportării față de cunoștințele semioficiale.

În cele din urmă, identitatea subiectului se realizează deplin o dată cu „individuația” lui, o dată cu definirea și crearea lui de către sine; fapt care se realizează în paralel cu manifestarea sa sintetică, originală și creatoare în lumea umană dată. Aceasta se împlinește sub arcul libertății interioare, a constituirii și realizării de-a lungul timpului a propriului proiect și sens de existență, a propriei deveniri...

Existența indivizilor umani se desfășoară și se afirmă în mijlocul grupurilor umane la diverse „distanțe psihologice” interpersonale, la diverse grade de intimitate, interpenetrare, identificare și legătură interpersonală. Una din axele existenței persoanei este „cuplul”, adică relația intimă și de durată cu o altă persoană; context în care există o comunicare intersubiectivă (împreună cu o amplă împletire a vieții biologice a celor doi indivizi). În cuplu relațiile reciproce pot fi simetrice sau asimetrice de dominare-supunere, de tip educativ etc. În cadrul microgrupurilor umane se realizează diverse coaliții, iar comunicarea capătă forme particulare atât în plan verbal, cât și extraverbal. Tot în cadrul grupului se constituie o mentalitate și practică a comunității, a existenței marcată de atmosfera lui „noi”, care permite caracterizarea unei persoane ceva mai îndepărtată sufletește și care este considerată ca „el”. Într-o perspectivă și mai amplă, socio-culturală, intervin instituții, practici, mentalități, atitudini, doctrine, ideologii, care toate au consecințe asupra existenței, receptării, calificării și „administrării” persoanelor normale sau care prezintă deficiențe psihopatologice.

Psihopatologia clinică, ca știință este un aspect al științelor socio-umane care sprijină practica terapeutică a medicilor psihiatri, precum și cercetarea în acest domeniu. Ea este intim corelată și cu psihopatologia generală, precum și cu antropologia în sensul său cel mai larg.

CONȘTIENȚUL ȘI INCONȘTIENȚUL

Prin conștiință vom înțelege, în primul rând, ansamblul funcțiilor de reflectivitate, libertate și sinteză noetică, care sînt proprii persoanei umane (reflectivitatea reprezintă sesizarea și cunoașterea de către subiect a lumii și a lui însuși în calitate de subiect cunoscător; libertatea constă în capacitatea opțiunii, a alegerii între eventualități; sinteza noetică realizează unitatea psihismului ce vizează realul, cu capacitate de invenție, de instaurare a noului în lume). Prin aceste funcții psihismul – și persoana în ansamblu – se polarizează în două zone care, de altfel, se co-formează în ontogeneză: o zonă conștientă și una inconștientă. În ambele zone vom reîntîlni caracteristicile de bază ale psihismului: – conținuturile cognitive (mnestice, imaginative, perceptive, ordonate într-un model al lumii polarizat de idei și convingeri); – propensiunile conative spre act, expresie, comunicare; – sistemul deontic (ce stabilește ce este permis, interzis, obligatoriu). Deși zona conștientă și cea inconștientă a psihismului sînt complementare și intercorelate, există totuși o ierarhie care plasează inconștientul într-un plan inferior și nediferențiat, descifrabil doar prin intermediul desfășurării psihismului conștient.

Psihismul ce se actualizează conștient este organizat explicit, discursiv, argumentat, comunicînd clar și evident în plan interpersonal și socio-cultural. Zonele inconștiente ale psihismului sînt organizate simbolic, „condensat” din punct de vedere semantic cu predominarea implicațiilor. Și, în același timp, este mai puțin sau deloc reflexiv și liber, mai puțin sintetic și creator. Inconștientul e format din conglomerate („complexe”) conativ-imagistice care tind să se afirme spre acțiune, expresie și comunicare, lipsite de logica, sinteza și explicitul din zona conștientă, dar avînd o logică și o sintaxă proprie. Energia, tensiunea propensivă vag și incert direcționată din zona inconștientă capătă sens, direcție, diferențiere, eficiență, doar prin intermediul actualizării sintetice conștiente. Inconștientul cu structura lui nediferențiată, stereotipă

poate fi sesizat, descifrat doar prin intermediul conștiinței personale sau a altuia. Inconștientul se mai poate releva nu numai ca un preambul sau implicat al conștiinței, ci și ca rezultat din dezorganizarea psihismului conștient. Dar, într-o perturbare psihopatologică, întreg psihismul este modificat, atât în zona sa conștientă cât și în cea inconștientă, care doar poate deveni preeminentă. Și trăirea sintetică conștientă are grade variate de complexitate, de claritate, de inteligibilitate. Ceva poate apare în conștiință vag, apoi se poate formula mai clar pentru ca la un moment dat să apară limpede, luminos pentru subiectul conștient care poate traduce trăirea lui într-un limbaj comunitar, comprehensibil și pentru alții.

Persoana conștientă își realizează sinteza Eului. Subiectul, ca Eu conștient, se raportează la lume, acționează și creează, se exprimă și comunică. Raportarea lui centrală este față de altă persoană conștientă. Fundamentală pentru om este tocmai această raportare și comunicare intersubiectivă dintre Eu și Tu; comunicare ce se realizează atât în plan conștient cât și inconștient. Subiectul, ca Eu conștient este în permanentă interrelație cu alte „Euri conștiente“, cu lumea în general și cu sine. Între zona conștientă și inconștientă a psihismului și instanța Eului există relații mai complexe condiționate de funcțiile deontice.

Funcțiile deontice, adică cele care stabilesc ceea ce este permis, interzis și obligator sînt prezente și în zona conștientă și în cea inconștientă a psihismului (psihanaliza sintetizează aceste funcții în instanța „Supra-Eului“). În plan conștient, ele se exprimă prin autopermisivitățile pe care subiectul și le acordă (libertățile în numele cărora se angajează) prin autoobligățiile pe care și le asumă (datoria morală, de exemplu) și prin autointerdicțiile pe care și le impune conștient. În zona inconștientă a psihismului funcțiile deontice operează, ordonînd materialul inconștient după liniile de forță ale unor interdicții, obligații și permisivități. Unele trăiri subiective, unele expresii și comportamente venind dinspre inconștient se desfășoară spontan, permisiv, iar altele se impun subiectului fără consimțămîntul lui (deci, în mod obligator); ori, în sfîrșit, pot fi inhibitate (interzise). Zona inconștientului devine astfel neomogenă. Ea conține, pe de o parte, teme și porniri (spre acțiune și expresie) care deși inconștiente au acces liber și spontan la conștiință, pot deveni oricînd conștiente, iar pe de altă parte,

conține trăiri (teme sau porniri) care sînt blocate sau interzise zonei conștiente. Și, în sfîrșit, alte trăiri vin dinspre inconștient impunîndu-se cu forța necesarului. Va exista, deci, un inconștient accesibil și unul interzis, care neavînd acces la conștiință se cumulează, caută descărcări, derivații sau întretine stări de tensiune intrapsihică. Această zonă a inconștientului cumulează prin interdicție a fost numită, de psihanaliză, „inconștient refulat” (adică, formîndu-se prin mecanismul de refulare). În legătură cu „inconștientul refulat” există deosebiri de păreri doctrinare. Psihanaliza susține că în această zonă se adună trăiri care nu au ajuns să fie niciodată conștiente, prin blocarea de la început a respectivelor porniri pulsionalo-afectivo-imagistice. Din altă perspectivă (H. Ey) se susține că tot ce se adună în inconștientul refulat a făcut, la un moment dat, parte dintr-o trăire actuală care a fost cel puțin în parte conștientă (optăm pentru ultimul punct de vedere; cel puțin în sensul că acest material predomină). Zona psihismului inconștient refulat nu se integrează armonic în persoană, în „Eu însumi”. Ea este mai mult sau mai puțin străină de ceea ce subiectul resimte ca fiindu-i propriu, ca aparținîndu-i integral.

În zona conștientă a psihismului putem identifica de asemenea, trăiri (sub forma unor cunoașteri resimțite sau a unor porniri) pe care subiectul, ca Eu, nu le acceptă. El poate sesiza, de exemplu, în intimitatea subiectivității sale conștiente dorințe și porniri de care se rușinează sau își poate reaminti fapte pe care le-a făcut și pe care ar vrea să le uite, să le detașeze de ființa lui. Acestea se detașează de acea parte a intimității ființei sale cu care el este solidar, la care aderă, cu care se identifică conștient, pe care o acceptă, deci, de zona lui „Eu însumi” („selbst”, „self”). Pe de o parte am putea astfel identifica în psihism o zonă centrală a identității și solidarității cu sine, a lui „Eu însumi”, care din partea conștientă se prelungește în inconștientul accesibil. Iar, pe de altă parte, o zonă de care subiectul se detașează conștient sau care e detașată inconștient (în porțiunea refulată) și care realizează un „Eu secund”, prezent ca o dublură sau o replică a lui „Eu însumi”. În normalitate „Eul secund” este o simplă „umbră” ce însoțește constant pe „Eu însumi”. În psihopatologie el se poate detașa tot mai mult, ca un „corp străin intrapsihic”, realizînd o dedublare a persoanei, prezentă deja în nevroze, în obsesii, în comportamentul

impulsiv. Această dedublare se poate, apoi, accentua în formula „automatismului mental” sau a halucinațiilor. În psihopatologie de la simpla dedublare a persoanei se poate ajunge, în formele mai grave, la fragmentarea disociativă a psihismului sau la metamorfoza lui delirantă.

Conștiința se organizează în mod diferit în planul existenței sincrone, a desfășurărilor dramatice și structurale. În plan sincron putem vorbi despre „cîmpul de conștiință” care asigură deschiderea și atașamentul subiectului la lumea înconjurătoare, orientarea lui temporo-spațială și mnezică în raport cu o situație dată, vizarea intențională și acțiunea eficientă în ambianță. Această prezență activă și conștientă la realitatea nemijlocită prezintă **acum** și **aici** structurează în subiectivitate „actualitatea” psihică trăită.

Cîmpul de conștiință reprezintă cadrul tuturor raportărilor conștiente la lume. În planul existenței motivațional-dramatice, a desfășurării parcursurilor existențiale conștiința se manifestă mai ales în libertatea opțiunilor și angajărilor; dar și prin faptul că permite sesizarea unei intimități subiective, a unei zone a secretului personal ce se polarizează în raport cu zona prezenței publice, care este deseori manipulată sau chiar „jucată” deliberat. În sfîrșit, în planul structurii caracteriale conștiința se manifestă ca și conștiință de sine a subiectului ce se polarizează și se poziționează într-un anumit fel cu lumea în general, ca și conștiință morală și valorică în general (conștiință juridică, civică, artistică etc.).

Între planul conștient și cel inconștient al psihismului s-a mai descris și un plan „preconștient”, care se referă la conținuturile psihice și la pornirile spre act și expresie ce sînt aproape de zona conștientă și pot, în anumite condiții, să treacă în plan conștient.

În paragraful și lucrarea de față nu se dezbate problema conștiinței din perspectivă filosofică.

CAPITOLUL 2

NORMALITATE, ANORMALITATE, BOALĂ ȘI DEFECT ÎN PERSPECTIVĂ PSIHOPATOLOGICĂ

În medicină, în general, și în psihiatrie, în special, se cere precizat ce se înțelege prin **normalitate** (și inclusiv sănătate), **anormalitate**, **boală** și **defect**. Problematika cuplului normalitate-anormalitate este mai apropiată de „generalitatea” normelor, a abordării statistice, a regulilor și legilor, pe cînd problematica „bolii” e mai legată de „concretul” cazului dat, adică de cazuistică. Normalitatea și anormalitatea sînt concepte mai largi decît cele de sănătate și boală.

Pentru medicină – și mai ales pentru psihiatrie – s-au discutat trei tipuri de norme care stau la baza normalității:

1. **Norma mediei statistice (a frecvenței maxime).** Un fenomen cu cît este mai frecvent cu atît poate fi considerat mai „normal”. Iar cu cît este mai rar, mai îndepărtat de media statistică, cu atît apare ca fiind mai anormal. Deși acest tip de normă creează impresia că este foarte „obiectiv” nu este suficient de operant pentru medicină. În anumite contexte fenomenele morbide pot fi frecvent înregistrate, chiar „endemice” (de exemplu caria dentară, unele infecții etc.), fără ca prin aceasta ele să poată fi considerate

normale. În psihiatrie este totuși necesar să se evidențieze modalitățile atitudinale, expresive, reactive, comportamentale și convingerile cele mai frecvente într-o socio-cultură istorică dată, care reprezintă un cadru de referință pentru manifestările psihice deviante.

2. Norma ideală (valorică) se referă la idealul de normalitate atât din punct de vedere individual, cât și comunitar. Acesta poate fi exemplificat prin unele „tipuri ideale” ce le descrie, le invocă și le promovează o anumită cultură și care se exprimă în formulări normative, prescriptive. În perspectivă psihologică nu interesează numai felul cum sînt și cum se manifestă mai frecvent oamenii unei socio-culturi date, ci modul în care aceștia ar dori și ar spera să fie în cazul ideal. Ori, mai precis, felul în care individul și comunitatea consideră că **persoana ar trebui să fie**. De fapt, în permanentă, o colectivitate socio-istorică concretă își organizează existența în conformitate cu anumite idealuri comunitare ce răzbat în legi, modele educative, în expresivitatea unor eroi de epopee, de povestire, de istorie. Desigur, normativitatea ideală nu este și nici nu poate fi niciodată atinsă efectiv. În plus, ea variază mult în funcție de contextul socio-cultural istoric și geografic (etnic, comunitar, statal, religios ș.a.).

3. Norma responsivă sau funcțională (K. Kolle) reflectă măsura în care un organism, o persoană, un subiect își împlinește rolul funcțional pentru care există în economia sistemului suprajacent din care face parte.

În raport cu aceste trei tipuri de norme *omul normal va fi cel care, în același timp, corespunde în cât mai mare măsură normei statistice și ideale dintr-o socio-cultură dată, reușind să-și îndeplinească „normal” funcțiile ce îi revin, așa cum se cere în vederea funcționării ansamblului*. După cum se poate observa, toate aceste sensuri ale normalului abordează individul dinspre „exterior”.

Anormalitatea sau îndepărtarea de normă poate să se desfășoare în sens pozitiv sau negativ. În primul caz, în perspectivă general antropologică, ne plasăm în zona persoanelor excepționale, a genilor, care joacă un rol creator în istoria omenirii, în instituirea progresului. Patologia, boala, se referă la îndepărtarea de normă în sens negativ, spre minus, spre deficit

funcțional și de performanță, spre dizarmonie, dezorganizare, destructurare. În patologie depărtarea de normă se realizează în toate accepțiunile menționate ale normei. De obicei, domeniul bolii, la fel ca cel al anormalității pozitive, creatoare, este mai puțin frecvent decât cel al normalității sănatoase. *Acest domeniu al bolii se îndepărtează de norma ideală a comunității în sensul deficitului, al neîmplinirii persoanei umane ce eșuează în zona dizarmoniei nefuncționale, necreatoare.* În sfârșit, subiectul ce devine caz patologic nu-și mai poate realiza rolul funcțional în cadrul sistemului în care este integrat.

Toate aspectele normalității și anormalității menționate sint, însă, vagi, insuficiente pentru a sta la baza unor definiții operaționale riguroase.

Sănătatea umană poate fi considerată o stare înscrisă în perimetrul care definește normalitatea existenței individului. Sănătatea înseamnă, în primul rînd, menținerea *echilibrului structural* al persoanei (în plan corporal-biologic și psihic conștient) atît în perspectiva internă (a raportului reciproc al subsistemelor în conformitate cu sinteza ansamblului, a conformității stărilor sistemului în raport cu normele generale ale speciei, ale vîrstei, ale sexului), cît și în perspectiva externă, a echilibrului adaptativ dintre individ și mediul său ambiant concret. Sănătatea presupune și o *perspectivă dinamică* prin care se precizează modalitățile normal-sănatoase de structurare și funcționare a individului la diverse vîrste, capacitatea sa de dezvoltare, maturare, independentizare, complexificare, precum și capacitatea de a depăși sintetic diversele situații reactive și stressante. Reacția biologică sub formă de stress este normală între anumite limite, la fel ca reacția psihică la spaime sau pierderi. Modificările bio-psihice din etapa pubertății sau meno-andropauzei pot fi patologice dacă se întîlnesc la alte vîrste ș.a. Pentru un om joacă un rol parțial, dar foarte important, și perspectiva subiectivă, felul în care subiectul se resimte și se consideră. De obicei, omul bolnav „nu se simte bine“, are dureri, se autoapreciază deformat, suferă. Totuși, uneori, în psihiatrie starea de „bine subiectiv“ poate fi concomitentă cu o stare de boală (de exemplu, în sindromul maniaco). De asemenea, în patologia umană, și mai ales în cea psihică joacă un rol important *dimensiunea interpersonală*, a capacității de iubire și prietenie echilibrată. Precum și *perspectiva*

sociale, nivelul și modul de „funcționare socială” a persoanei și opinia colectivității privitoare la normalitatea și sănătatea psihică a unui individ, la faptul dacă i se pot încredința responsabilități comunitare. Dar, și acest criteriu este relativ. De fapt, criteriile amintite depind parțial de incidența transculturală a obiceiurilor, mentalităților, normelor și ideologiilor. Pentru evaluarea sănătății psihice a persoanei adulte au mai fost invocate:

- capacitatea de autonomie, de independență psihico-constientă a subiectului;
- o corectă și adecvată autorecepție și autoapreciere;
- percepția, reprezentarea și înțelegerea corectă, adecvată comunitar, a realității;
- capacitatea de creștere și dezvoltare armonioasă a individului, în sensul unei realizări de sine în raport cu un model ideal personal articulat armonic și eficient cu perspectiva socio-culturală;
- capacitatea de creație.

Boala umană se caracterizează, în general, prin perturbarea la diverse nivele și din variate incidente a structurilor funcționale ale individului în perspectivă, corporal-biologică sau psihico-constientă. Această perturbare determină un minus și o dizarmonie a ansamblului unitar al persoanei, dificultăți obiective și subiective în prezența, adaptarea și eficiența în cadrul vieții sociale, orientarea existenței într-un sens opus adaptării, evoluției și creației. Adică, spre dezadaptare, involuție, moartea nefirească (prin accident) ori spre realizarea unui defect sau a deteriorării grave.

Boala psihică constă într-un proces care realizează un deficit psihic important și prelungit al persoanei conștiente. Mai detaliat, boala psihică constă într-o denivelare (simplificare), dezorganizare (destructurare), dezechilibrare (dizarmonie) a vieții psihice conștiente a persoanei. Datorită acestui minus, psihismul subiectului se reorganizează, prezentând manifestări care nu sînt evidente în starea normală. Aceste funcții intervin fie datorită absenței instanțelor psihice superioare, fie reprezintă aspectul activ al încercării de reechilibrare, de reorganizare în situația deficitară dată.

Boala psihică grevează capacitatea subiectului de a se autoadministra rațional, diminuează și perturbă libertatea lui

interioară, comunicarea interpersonală, intersubiectivă, manifestarea și integrarea persoanei în plan socio-cultural. În formele severe ale bolii psihice individul apare ca o ființă „alienată”, înstrăinată de viața comunitară socio-spirituală, desprinsă de însăși existența umană. *Boala psihică anulează capacitatea de autodepășire și de creație a subiectului și poate conduce la diverse forme și intensități de defect psihic.* Prin asemănare cu patologia somatică se poate vorbi și de o evoluție spre „moarte psihică”, așa cum se petrece în demență.

Boala se referă, în genere, la o stare anormală care are anumite cauze, apare la un moment dat (mai mult sau mai puțin favorabil apariției sale), are un anumit tablou clinic, un anumit substrat, o anumită tendință evolutivă și o răspundere terapeutică specifică. O distincție (care va fi detaliată ulterior) este cea dintre „episod” și „boală”. Un episod maladiv este delimitat în timp, definindu-se, în primul rând, prin simptomatologia clinică și tinzând spre remisiune. El poate fi unic în viața unui om. Boala presupune luarea în considerare a mai multor factori dintre care semnalăm caracteristicile terenului și tendința evolutivă. O boală poate consta din mai multe episoade și poate tinde spre defect și chiar cronicitate. Ideea de boală presupune o înțelegere mai largă și mai aprofundată a determinismului, a prevenției și a terapiei decât aceea de episod (schema 19, p. 394).

O altă distincție necesară este cea dintre *boală* și *defect*. Boala este un proces dinamic care are un început și un sfârșit, poate consta din mai multe episoade și se poate croniciza, sau poate evolua grav de la început spre moarte sau spre deficiență și dezorganizarea continuă a psihismului. *Defectul se referă la o anormalitate în minus care este lipsită de dinamism, rămânând, prin propria tendință, relativ constantă.* Anormalitatea defectului constă din deficiență de funcționalitate psiho-corporală, din disabilități în manifestarea persoanei, având ca rezultat pierderea capacității de a îndeplini unele acțiuni specifice și instalarea unui „handicap social”. Întotdeauna, defectul este consecința unei stări maladeive. Dar, este necesar să se diferențieze între două modalități de apariție a lui (vezi schema nr. 20 din p. 395).

a) Defectul ce rezultă din influențarea negativă a perso-nogenezei, deci, din **neachiziționarea** unor capacități funcționale, a unor **abilități** de acțiune și manifestare umană.

b) Defectul ce apare după un proces malativ la o persoană ce dobîndise anumite capacități funcționale și pe care astfel le pierde, manifestînd variate disabilități.

Defectul poate să se instaleze în anumite sectoare ale ființării individului uman și poate avea diverse intensități. Defectul grav poate, uneori, echivala cu cronicizarea. Cînd se încearcă evaluarea unui defect psihopatologic e necesar să se inventarieze și capacitățile normale restante, precum și potențialul de „recuperare”.

Reluînd problema raporturilor dintre teren, boală, episod și defect s-ar putea adăuga următoarele precizări. Un episod malativ care se remite complet, fără defect, poate fi **unic** în viața unui om sau el se poate repeta încă o dată sau de mai multe ori ca urmare a unei tendințe la **recurență** care exprimă modelul evolutiv al unei boli. Episodul malativ poate lăsa în urma lui un defect mai mult sau mai puțin caracteristic. În psihiatrie acest tip de episod care conduce aproape obligatoriu la defect a fost etichetat ca o formă specială denumită „puseu procesual” („schub” în germană). Procesul psihopatologic a fost considerat inițial ca avînd la bază o tulburare organic cerebrală complexă. Ulterior, s-a acceptat și un determinism „endogen” în care organicitatea nu este suficient de bine cunoscută. Această situație este ilustrată de procesul psihopatologic schizofren la care s-au referit Jaspers și Landfeld. Conceptul de „proces” a fost opus de Jaspers celui de „dezvoltare psihopatologică”. În cazurile „dezvoltărilor reactive prevalențiale” sau a „dezvoltărilor nevrotice” sensul termenului de „dezvoltare” este în parte deviat, exprimînd persistența, fixarea și complexificarea însăși a stării patologice în detrimentul existenței și „dezvoltării normale”, firești, a persoanei, care exprimă progresul ei într-o complexificare și îmbogățire spiritual creatoare.

Mai este necesar să analizăm, la acest nivel și conceptul de „reacție”. El se referă la instalarea rapidă a unei stări psihopatologice în corelație evidentă cu un eveniment ce afectează direct funcționarea organic cerebrală („reacția exogenă” de tip Bonhoffer) sau direct și nemijlocit starea psihică („reacție comprehensivă”, în sensul lui Jaspers).

O ultimă diferențiere pe care o menționăm este cea dintre „teren” și „stare malativă” (episod, boală, defect). În întreaga medicină starea malativă este înțeleasă ca rezultînd din interacțiunea dintre anumiți agenți nocivi și un teren vulnerabil.

În cadrul psihopatologiei clinice terenul înseamnă vîrstă, sex, inteligență, educație, tipologie caracterială, statut social, precum și încărcătură potențial patologică de „vulnerabilitate” pe care o aduc factorii genetici și biografici. În plus, defectul post-maladiv constituie și el o modificare a terenului. În psihiatrie putem întîlni stări defective grave care rezultă dintr-o disontogeneză și pot avea statut nosologic. Așa sînt oligofreniile și personalitățile psihopate.

Noțiunile de teren, episod maladiv („puseu” și „proces psihopatologic”), defect, dezvoltare disontogenetică, dezvoltarea unei stări maladive, reacție (organică și comprehensivă) și, în sfîrșit, cea de „boală psihică” sînt instrumente cu care operează psihopatologia clinică. Ele vor fi utilizate și comentate în cadrul diverselor capitole ale lucrării noastre.

Psihopatologia clasică a avut ca elemente de referință, de studiu și interpretare, cazurile relativ grave care necesitau internarea într-un spital de psihiatrie. Sub influența doctrinelor psihanalitice și fenomenologice au fost studiate și cazurile aparent mai ușoare ale nevrozelor și reacțiilor psihopatologice. Tendința ultimilor ani este de a se acorda un interes crescînd deficiențelor, disfuncțiilor, disabilităților psihice care se află în fază „preclinică”, fiind întîlnite în cursul vieții de zi cu zi. De altfel, aproape toate stările psihopatologice clinice își au obîrșia și echivalentul în trăirile normale, uzuale, de care se diferențiază progresiv și gradual. Această problemă a înrădăcinării psihopatologiei în firescul existenței umane și a tulburărilor minore va fi mereu reluată și ea pe parcursul expunerii noastre.

ANORMALITATE ȘI BOALĂ PSIHICĂ ÎN PERSPECTIVĂ ANTROPOLOGIC-CULTURALĂ

Orice cultură istorică are o coerență interioară în sînul căreia se corelează practici și instituții, standarde și stiluri de viață, ideologii și credințe, toate fiind articulate cu evenimentele pe care istoria oficială le înregistrează. Această perspectivă oarecum structuralistă, pe care a ilustrat-o strălucit Școala istorică franceză a lui Braudel, ne poate servi și pentru comentariul psihiatriei în diverse locuri și epoci. În acest context, vom încerca o scurtă trecere în revistă asupra principalelor concepții privitoare la boala psihică: a. **posesiunea demoniacă**, b. **alienarea**, c. **denivelarea și dezorganizarea psihismului conștient**.

a) *Ideea că boala mentală se datorește posesiunii individului de către un spirit malefic e prezentă în orice cultură centrată de sacralitate.* Ea este clar comentată în Evanghelii. Menționăm doar episodul din Luca (8, 26 –) care se referă la un om „care de multă vreme nu se mai îmbrăca în haine și nu-și avea locuința în casă, ci în morminte” și „care din această cauză era păzit, legat cu cătușe și cu obezi la picioare, dar rupea legăturile și era gonit de dracu prin pustii...”. Isus îl vindecă, alungînd din el o „legiune” de diavoli pe care o mută într-o turmă de porci și o prăvălește în mare. După

cum se știe, Dostoievski a folosit acest pasaj ca moto la cartea sa „Demonii” în care dezbate ideile de revoluție socială ce frământau Rusia vremii sale. Însă, dincolo de sensul simbolic și kerigmatic pe care pasajul citat îl implică, el este exemplar și pentru o anumită înțelegere a nebuniei de care omul în cauză nu este vinovat. De unde a rezultat și atitudinea inițial tolerantă a Bisericii Creștine și a Europei, care s-a structurat în jurul acestei ideologii, față de acești nebuni posedați de diavol. În măsura în care „necuratul” ar putea fi alungat prin exorcisme, bolnavul mental este ocrotit pe lângă mănăstiri. Dar, treptat, în perspectivă istorică se petrece o mutație. După ce Europa se naște „de facto” după anul 1000, o dată cu proliferarea orașelor sale, cu expansiunea spre alte teritorii, cu cucerirea „mormîntului sfînt” de la Ierusalim, cu jefuirea în drum a Constantinopolului, cu înflorirea Renașterii, se atinge și punctul culminant al proceselor și arderilor pe rug ale vrăjitoarelor de către inchiziția Bisericii Catolice (se consideră că vrăjitoarele erau, în majoritate, bolnave mentale). Renașterea europeană a produs o ruptură în concepția despre sine a omului, care se exprimă clar prin opusuri ca „De Homini dignitate” sau „De liber arbitru”. Dacă omul posedă o anumită libertate interioară el poate face un pact cu diavolul prin decizia lui intimă, asemenea lui Faust, pierzîndu-și astfel inocența de pe vremea cînd Isus peregrina prin Iudeea.

b) *Perioada postrenascentistă* în care se instituie Rațiunea și Ordinea – împreună cu concepția determinismului liniar cartezian de care nici astăzi nu sîntem scutiți – se dovedește intolerantă față de dezordinea pe care o provoacă aberanții întru Spirit, adică cei prea devorați de imaginar. Drept consecință, apar pe harta Europei „petele albe” ale cîmpurilor de concentrare, ale „spitalelor generale” care găzduiesc laolaltă magicieni și sexopați, vagabonzi și prostituate, nebuni și indezirabili politici mai speciali ca Marchizul de Sade. Demonstrația pe care a făcut-o Faucault în „L’histoire de la folie a’ l’age classique” oricît ar fi fost de controversată nu a putut fi infirmată. Deoarece o parte din aceste „spitale-lagăre” se aflau pe locul vechilor leprozerii, distanțarea dintre societatea onorabilă și aria devianților – centrată de nebuni – se înscrie în subconștientul generațiilor. După ce Revoluția Franceză, cu celebra ei „Declarație a drepturilor omului”, deschide nu doar porțile Bastillei, ci și ale Salpetrierului, societatea civilă este nevoită ulterior să readucă bolnavii mentali

în spatele zidurilor, în „azile” administrate de medici, dar plasate pe cât se poate la marginea orașelor (de exemplu Spitalul Esquirol de lângă Paris).

Izolarea bolnavului mental de marea societate, așa cum a practicat-o Europa clasică, reprezintă de fapt o alienare socială. Aceasta nu face decât să vină în întâmpinarea situației de „alienare interioară” a acestor oameni, accentuînd-o. Nebunul este un om ce și-a pierdut libertatea interioară și este înstrăinat de esența umană, care presupune afirmarea în lumea comunitară prin logos. În această perspectivă a fost citat celebrul pasaj din Heraclit (89 în Ediția Diels-Kranz): „Deci, Heraclit spune că pentru oamenii treji există o singură lume (koinon cosmos) comună tuturor, dar, în somn, fiecare se îndepărtează spre propria-i lume (idion cosmos)”. Într-un studiu substanțial, Binswanger a comentat analogia dintre omul ce doarme și bolnavul mental desprins și el de lumea comunitară („wirheit”). Termenul de *alienație mentală* a fost propus, în anul 1869, de către Falret. De atunci, o perioadă de timp, medicii ce se preocupau de acești bolnavi au fost numiți „alieniști”. Dar, spre deosebire de înstrăinarea socială care este circumstanțială istoric, alienarea în raport cu esența umană este o problemă mai complexă. Aici, doar o semnalăm...

c) În secolul trecut au existat și laudabile încercări de apropiere sufletească față de „alienatul mental”, sesizabile și în psihiatria germană de inspirație romantică. Ele au fost comentate de Hegel în „Filosofia Spiritului”. Din această carte redăm următorul pasaj: „În viața sufletească, intervine boala atunci cînd elementul doar sufletească al organismului ajungînd independent de constrîngerea exercitată de conștiința spirituală își arogă funcțiile acesteia și Spiritul, pierzîndu-și stăpînirea elementului sufletească ce-i aparține, nu rămîne stăpîn pe sine, ci coboară el însuși la forma de element sufletească”. Hegel înțelegea, la fel ca Aristotel și o parte dintre contemporanii noștri, sufletul ca fiind, în primul rînd, o caracteristică biologică, a animalelor. *Boala psihică conduce astfel la o denivelare și o dezorganizare a psihismului conștient, dimensionat prin logos și spiritualitate.* Aceasta va fi și ideea de o viață a lui H. Ey care plecînd de la concepția bio-neurologică, neo-evoluționistă, a lui H. Jackson, a construit ultimul sistem coerent de psihopatologie clinică din veacul nostru. H. Ey susținea insistent că în orice caz de boală – deci și în patologia mentală – sîntem în prezența unui *minus* care permite

afirmarea unor instanțe implicate sau „acoperite“ ce încearcă să se reorganizeze în condițiile absenței „instanței superioare“. Această idee a „minusului“ nu a fost agreată de fenomenologi care au discutat despre omul cu tulburări psihice doar în sensul unui alt-mod-de-a-fi-în-lume (preluând înexact o sintagmă heideggeriană). Ulterior, antipsihiatrii anglo-saxoni, invocând fenomenologia și unele aspecte existențialist-marxiste ale operei lui Sartre, au denunțat „oprimarea“ persoanelor fragile de către sistemul societății burgheze care-i „etichetează“, transformându-i în bolnavi psihici. După ce excesele acestui curent s-au temperat – și după ce s-au evidențiat și excesele ne-burgheze ale etichetărilor psihiatrice – mișcarea antipsihiatrică s-a estompat, lăsând în urma ei particulara lege italiană, dar și promovarea unei noi atitudini față de omul suferind mental. *În ultimii ani înregistrăm orientarea spre psihiatria comunitară.*

Vom comenta și alte aspecte ale problemei anormalității care ne conduc spre precizarea atitudinii actuale:

d) Astfel vom aduce în discuție clasică problemă a relației dintre *geniu* și *nebunie*. Desigur, noțiunea de geniu a fost insistent comentată de romantism; originile sale fiind în doctrina lui Platon, a posibilei participări a muritorilor la lumea zeilor (prin entuziasm). Ceea ce a generat o posibilă simetrie cu posedarea lor de către diverse tipuri de „daimoni“. (Să nu uităm că „daimonul socratic“ a avut un sens pozitiv, stînd la baza diferențierii eticului de politic). Oricum, în perspectiva sociologică, geniul a apărut ca o persoană „anormală“ la fel ca și „nebunul“. *În raport cu media statistică, anormalitatea poate fi atît pozitivă (cu bogăție creatoare = geniu), cît și negativă (cu sărăcie interioară = nebunie, demență).* Însă, dacă se ia în considerare numai elementul „dizarmonic“ lucrurile pot fi mai nuanțate. Există oameni capabili și valoroși din multe puncte de vedere, dar slabi și aberanți din altele. Unele persoane au un important potențial creator, dar și-l pot realiza numai în condiții de ambianță favorabilă în cadrul unei „nișe ecologice“ umane corespunzătoare. Cu alte cuvinte, mulți „anormali“ prin plusvaloarea unor funcții psihice creative sînt „vulnerabili“ și ar trebui protejați. Astfel încît, societatea normală ar trebui să aibă grijă atît de persoanele anormale plasate, evident, în planul deficienței psihice, cît și de o parte din cele plasate în

zona plusvalorică. În acest context să repunem întrebarea: cum poate fi circumscris și unde întâlnim pe omul propriu-zis normal?

e) Vom comenta un alt aspect cu iz oarecum paradoxal privind „anormalitatea cotidiană”. Pare o axiomă faptul că anormalul este cel ce deviază de la normă. La acest nivel, prin normă se înțelege omul „așa cum trebuie el să fie” sau „așa cum se cere să fie” în cadrul unei lumi umane date. Desigur, acest „sollsein” nu e clar și explicit formulat. Dar, oricum, el răzbate în legile și percepțele normative ale unei socio-culturi, în modelele comportamentale acceptate și promovate, în eroii ideali pe care aceștia îi vehiculează. Omul care este „așa cum se cere și trebuie să fie” ar trebui să fie omul normal.

Problema nu e deloc simplă nici la acest nivel. Astfel, într-o societate bine organizată și stabilă, persoana ce îndeplinește corect toate rolurile și funcțiile sociale, toate îndatoririle ce-i revin în mod formal, tot ceea ce i se pretinde de către societate în conformitate cu statutul său, care îndeplinește toate cerințele ca un „automat” s-ar putea să fie o normalitate dubioasă. Pentru că este lipsit de pasiunea jocului, a actelor gratuite și fără scop precis, de plăcerea de a se relaxa, lăsându-se în voia imaginarului, a alunecării spre mici aberații posibil creatoare; toate acestea fiind incluse în firescul existenței umane. Această problemă a fost pusă cu acuitate în dezbaterea psihopatologică prin lucrarea lui Tellembach o dată cu descrierea unui „tipus melancholicus”; om al datoriei și ordinii, cuminte și muncitor, care-și ascunde, în spatele statutului social, deficiența și sărăcia interioară. Ideea suspectului „prea normal” s-a extins, apoi. Copilul „prea cuminte” realizează puține în viață și este, de fapt, un vulnerabil, lipsindu-i spontaneitatea, inițiativa, imaginația, energia, creativitatea. Nu e normal cel ce e complet lipsit de tensiunea agresivității și anxietății, cel ce nu se angajează și nu își asumă riscul acțiunilor sale. Numai prin îndepărtarea de starea de echilibru sînt posibile structurile „disipative” și creativitatea (în viziunea lui I. Prigogine și Ogodescu).

Se reactualizează astăzi clasicele discuții despre normalitatea psihopatului în război, în perioadele sociale bulversante, cînd omul pașnic și prea cuminte apare ca un anormal. Desigur, se mai pot discuta, în același spirit, diverse normalități (normalizări) și anormalități condiționate transcultural prin stilul unei epoci istoriale, prin caracteristicile existențiale pretinse de profesioniștii unor practici sociale.

Sfera „anormalității” din zona largă a „normalului” poate fi comentată și dintr-o perspectivă mai adâncă, ontico-ontologică. Această dezbatere au inițiat-o existențialiștii. Omul, a cărui ființă se circumscrie ca existență (ek-sistență), deci, ca proiect este structural expusă duplicității. Căci el nu este definit prin „ceea ce este”, ci prin proiectul său, prin posibilul lui demers imaginar, prin ceea ce ar putea să fie. Această deschidere a proiectului spre lumea posibilului face loc atât duplicității umane (constînd din minciună, rea credință, ipocrizie, compromis etc.), cât și afirmării într-o sinteză creatoare cu instituirea noului pe lume. Ambele aspecte fac parte din existența umană, din „normalitatea” acesteia. De aceea, fațetele duplicității nu lipsesc din nici un om. Întrebarea este dacă ele pot fi depășite și integrate printr-o sinteză creatoare și prin autenticitatea existențială. În caz contrar, duplicitatea e mereu prezentă în mijlocul „normalității” ca o fisură, ca un defect pentru care nu e posibilă o etichetare psihopatologică. Se afirmă astfel încă o perspectivă din care „normalul” apare, de fapt, ca anormal prin deficiență de autenticitate și de sinteză creatoare.

Această temă a normalității (aberației) „normalului” poate fi decelată încă din textele lui Heraclit. Gînditorul din Efes ne sugerează pe lîngă domeniul alienării, al existenței extra-comunitare din vis și alte aspecte ale ființării omului și anume: a) cea a nebuniei înalte, creatoare, a celor aleși și b) cea a nebuniei normalului.

Reunind comentariile lui Heraclit se poate ajunge la concluzia că este mai dificil de circumscris normalitatea și echilibrul sufletesc decît anormalitatea și boala. Și totuși nu ar fi exclus că o distincție se poate realiza prin contrast. Ea poate fi expusă, deocamdată, doar în vagi termeni antropologici cum ar fi: bogăția interioară, libertatea, profunzimea trăirii, autenticitatea, puterea de sinteză creatoare, de angajare responsabilă etc. Oamenii sînt diverși, iar această diversitate se cere acceptată. Sociabilitatea și integrarea socială are în zilele noastre alte formule decît în epocile anterioare, iar cei orientați spre Mișcarea New Age aproape că ignoră Logosul.

În tradiția hegeliană ceva ce odată s-a afirmat se poate nega doar prin depășire. Poate că totuși problema normalității psihice se va repune la acest sfîrșit de mileniu din perspectiva etică a echilibrului sufletesc și a sensului existențial. Oricum, sîntem în pragul unor noi sinteze.

DISONTOGENEZA PSIHIcĂ ȘI CONSECINȚELE EI. PROBLEMA „TERENULUI” ÎN PSIROPATOLOGIE

Un individ uman se poate naște cu malformații organo-corporale și cu disfuncții metabolico-fiziologice, ca urmare a unor factori genetici sau care au acționat intrauterin și perinatal. Aceste tulburări (defecte înnăscute) pot avea consecințe nemijlocite sau mijlocite asupra dezvoltării psihice. Dezvoltarea depinde, însă, nu doar de potențialul înnăscut, ci și de factori psiho-sociali și fizico-biologici care pot influența personogeneza în sens pozitiv sau în sens negativ. Ca urmare a influențelor post-genetice, conjugate cu factorii de vulnerabilitate genetică, se realizează o dezvoltare dizarmonică a individului în cursul personogenezei; adică o disontogeneză. Aceasta este, desigur, cu atât mai accentuată cu cât potențialul înnăscut este și el mai deficitar.

Tulburările dezvoltării psihice de la naștere la viața adultă (= disontogeneza personalității) pot fi împărțite în câteva clase:

– Disontogeneza ce constă în tulburări psihice care apar pe parcurs, dar sînt în cea mai mare parte corectabile în cursul ontogenezei, astfel încît la vîrsta adultă tînăra persoana nu

prezintă defecte globale ale structurii psihice, chiar dacă persistă unele defecte caracteriale minore dar compensate;

– Disontogeneza care conduce la un adult cu un caracter particular și cu un defect psihic minor, în diverse arii ale manifestării persoanei. La acest nivel pot fi semnalate persoanele cu o structură caracterială particulară, cu insuficientă maturitate și diferențiere a independenței și identității „eului” și care prezintă diverse disabilități.

– Disontogeneza care conduce la formarea unui adult la care se poate constata un defect psihic-structural persistent și puțin corectabil, de diverse intensități și vizînd diverse aspecte ale structurii psihismului. Se pot menționa: defecte predominant în domeniul funcțiilor cognitive (oligofrenia = retardarea mentală); defecte predominant în domeniul funcțiilor de comunicare interpersonal-socială (autismul infantil); defecte predominant în structura caracterială care condiționează un comportament dissocial (= personalitățile patologice, dizarmonic-psihopate).

– Disontogeneza care conduce la formarea unui adult care în general, dar mai ales în anumite perioade de viață, este mai vulnerabil decît alții pentru a dezvolta tulburările psihopatologice din grupul „psihozelor endogene”, din cel al „nevrozelor”, al alcoolismului, toxicomaniilor etc.

Această „vulnerabilitate crescută” „depinde de mulți factori dintre care unii sînt înscrîși în particularitățile bio-psihologice ale individului și alții în particularitățile „nișei ecologice” a persoanei respective. Acest ultim aspect se referă mai ales la „rețeaua de suport social”, adică la grupul relativ restrîns de oameni, care sprijină o persoană dată, continuu și în situații de criză. Acest grup e format din rude, prieteni, vecini, cunoștințe etc. și se organizează ca o aureolă protectivă ce dublează corporalitatea proprie, propria casă și propriul avut ca dimensionare extensiv-protectivă a persoanei. Inventarierea și evidențierea „rețelei de suport social” (în general și la un moment dat) face parte din evaluarea de ansamblu a „terenului”, mai mult sau mai puțin predispus pentru a ajunge într-o stare de decompensare psihopatologică.

În continuare, în acest capitol, prezentarea va avea următoarea succesiune:

● Tulburări predominant corectabile în cursul personogenezei.

- Disontogeneza ce conduce la un defect psihic major la vârsta adultă.

- Disontogeneza ce conduce la particularități tipologice și deficiențe minore ale persoanei.

- Disontogeneza ce conduce la constituirea unor personalități patologice (dizarmonic-psihopate).

- Vulnerabilitatea pentru tulburări (boli) psihice care se constituie în urma personogenezei.

- Rețeaua de suport social, așa cum se constituie în urma biografiei (a personogenezei) și a situațiilor de viață recente.

Aspectele menționate mai sus și care vor fi prezentate în continuare din diverse perspective se cer înțelese în intercorelația lor. Dacă în cursul personogenezei au avut sau nu loc tulburări psihopatologice corectabile este, în primul rând, un fapt de constatare, dar și unul care poate avea importanță în înțelegerea apariției la vârsta adultă a unui anumit episod maladiv. În cadrul raportului dintre un episod maladiv actual și „teren“, acesta din urmă se cere înțeles atât din *perspectivă diacronă* (încărcătura genetică, istoria biologică, biografie, istoria episoadelor de boală), cât și *sincronă*, adică structură și tipologie caracterială, nivel intelectual și de educație, caracteristicile funcționării și integrării sociale, nișă ecologico-umană în care este inserat, vulnerabilitate de fond și circumstanțială etc.

1. TULBURĂRI (PREDOMINENT) CORECTABILE ÎN CURSUL PERSONOGENEZEI

În această grupă ar putea intra:

a) **Întârzieri ale dezvoltării fizice, corporale, psihomotorii și psihice**, mai rareori globale și mai frecvent sectoriale (a unor funcții) care, însă, se recuperează treptat, fără deficite. De exemplu întârzieri în achiziția mersului, vorbirii, schemei corporale. E vorba de nerespectarea programului normal de dezvoltare din diverse cauze circumstanțiale sau endogene. În cazul întârzierii sectoriale a dezvoltării armonia psihică este pentru moment perturbată. Dacă faptul nu e sesizat se pot crea cercuri vicioase care pot permanentiza deficitul momentan. O atenție deosebită trebuie acordată întârzierii și, deci, parțialului deficit de moment a unor praxii și gnozii, mai ales în măsura în care acestea grevează comunicarea cu alții și integrarea în grup.

b) **Accentuarea pînă la o intensitate marginal-psihopatologică a modificărilor psihice** ce se petrec firesc în cursul perioadelor de „crize ale maturării”, așa cum ar fi cele de la 3 ani, 7 ani, pubertate, adolescență. În aceste perioade, copilul sau tînărul sînt mai sensibili la influențele psiho-sociale; raportarea la lume (la alții și la sine) poate fi excentrică, în sens de extra sau intro-versiune exagerată. Autocontrolul vieții instinctivo-pulsionale aflate în metamorfoză naturală poate fi mai lax. Identitatea cu sine și identificarea cu alții poate ridica probleme, iar comportamentul social poate fi insuficient integrat, conducînd la anumite „tulburări de comportament”. Astfel de probleme pot apare și în alte perioade de criză ale „ciclurilor vieții”. În toate cazurile „vulnerabilitatea pentru boli psihice” în măsura în care există iese la suprafață și are mai multe șanse de manifestare. Cel mai des aceste perioade de „criză ale dezvoltării” pot fi depășite fără urme

vizibile, fără asistență specializată sau în urma asistenței speciale (psihologico-psihiatrice).

c) **O serie de tulburări psihopatologice** din cursul ontogenezei constând din dificultăți ale achiziției unor funcții sau din tulburări psihopatologice propriu-zise pot fi progresiv depășite fără a lăsa urme vizibile la vîrsta adultă. După cum altele pot lăsa sechele sectoriale, defecte minore, particularități caracteriale sau doar o vulnerabilitate crescută. Dintre acestea remarcăm:

– *Tulburări specific instrumentale ale dezvoltării.* În acest capitol se încadrează tulburări ale dezvoltării schemei corporale și psihomotricității (*dispraxii*), precum și tulburări în utilizarea corpului ca instrument de cunoaștere și acțiune, mai ales în perspectiva achiziției acelor funcții ce sînt cultivate în anii de școlarizare. Dispraxiile se referă la dificultatea coordonării fine necesară în efectuarea unor acte obișnuite (îmbrăcat, mîncat, joc, acțiuni sociale etc.). Dezvoltarea insuficientă sau întîrziată a schemei corporale se corelează, de obicei, cu tulburările „instrumentale”. Ea se referă la percepția preconștientă (psicho-neuro-fiziologică) a limitelor propriului corp și a diferențierii acestuia în raport cu „spațiul exterior” asigurînd orientarea (stînga-dreapta, sus-jos, în spate-înainte) împreună cu evaluarea distanțelor. Organizarea „schemei corporale” este evidentă în jur de 3 ani și se încheie în jur de 6–7 ani, fiind reorganizată în perioada pubertății și adolescenței. Ea are importante legături cu „imagea psihologică de sine” și cu structurarea „identității de sine”. Între tulburările instrumentale (specifice) de dezvoltare s-ar înscrie și cele referitoare la achiziția firească a vorbirii, atît în ceea ce privește articularea, cît și în ceea ce privește exprimarea lingvistică și receptarea vorbirii altora. În sens restrîns, în această categorie sînt incluse dificultățile însușirii scrisului (*disgrafie*), cititului (*dislexie*) și calculului matematic (*discalculie*) la vîrsta la care acestea sînt în mod obișnuit achiziționate în lipsa unor deficiențe intelective (*oligofrenie*), „pervazive” (*autism*) ori senzoriale (*hipoacuzie*).

– *Tulburări ale dezvoltării armonioase a funcțiilor instinctive-corporale și motorii.* Acestea se referă la tulburările de alimentație, de excreție, de somn, la ticuri și unele tulburări de vorbire. Ele pot apare în context psiho-reactiv, fiind corelate și cu anumite predispoziții (o anumită „vulnerabilitate” generală și

specifică). Sensibilitățile psiho-organice pe care le determină anumite vârste prin faza de maturare a sistemului nervos, a psihismului și organismului în ansamblu pot juca, de asemenea, un rol. Aceste tulburări pot dura o perioadă mai scurtă sau mai lungă, rezolvându-se, de obicei, în cursul personogenezei. Dacă unele persistă la vârsta adultă (de exemplu, unele ticuri sau balbismul) ele apar ca o stare sechelară, fără a influența direct (în sensul unei dizarmonii) structura personalității. În măsura în care astfel de tulburări sînt doar un aspect al unei tulburări mai ample (de obicei, de tip nevrotic, anxios, fobic, obsesiv, conversiv etc.), consecința pentru structura persoanei adulte poate fi mai accentuată, în sensul vulnerabilizării acesteia.

Tulburările alimentare constau în anorexie de diverse intensități și cu apariție pregnantă la anumite vârste. O categorie nosologică specială este „anorexia mentală a tinerelor fete” care apare în pubertate. Mai pot să apară în cadrul disontogenezei: *bulimia*, constînd dintr-un consum implusiv a unei mari cantități de alimente în timp scurt (și care poate fi asociată cu anorexia mentală a tinerelor fete), și *pica*, constînd din consumul de substanțe necomestibile. Dintre tulburările de excreție se pot menționa: *enuresisul* sau emisia spontană și necontrolată de urină după 3 ani (poate fi diurnă sau nocturnă) și *encompresisul* care constă în insuficiența controlului sfincterian anal. Dintre tulburările de somn se citează *pavorul nocturn* (semitrezire bruscă cu țipăt și expresie de spaimă), *visele de angoasă* (trezirea bruscă în urma unui vis de spaimă), *automatismul ambulator nocturn* (semitrezirea cu deplasare și efectuarea unor acte simple urmată de amnezie), mișcări involuntare nocturne ale corpului, ale maxilarelor (*bruxism*) etc. *Ticul* constă dintr-o mișcare bruscă și necontrolată care apare în zona extremității superioare a corpului. *Balbismul* constă în dificultăți de exprimare verbală care se manifestă la începutul propoziției prin manifestări hipertone și clonice.

d) Tulburări comportamentale, tipologice și de identitate.

În această clasă se includ o serie de tulburări psihopatologice care au o durată mai lungă și o șansă mai mare de a lăsa urme, mai mult sau mai puțin vizibile, în structura persoanei adulte. Ele sînt comentate la acest nivel ca un loc de tranziție pentru următoarea categorie a disontogenezei:

– *Instabilitatea psiho-motorie a copilului* (sindromul hiperkinetic) constă dintr-o incapacitate de fixare a atenției și dintr-o permanentă tendință necontrolabilă la mișcare. Tulburarea devine evidentă în jur de 3 ani și poate persista de-a lungul întregii vârste infanto-juvenile. Se pot adăuga și alte simptome: explozivitate, tulburări instrumentale de dezvoltare, tulburări psihoreactive datorită integrării dificile în grupul de copii, în cel educațional și familial, particularități comperamentale etc. Această tulburare, care poate fi parțial condiționată de leziuni sau disfuncții cerebrale minime (la fel și tulburările instrumentale), poate constitui o verigă intermediară în instalarea tulburărilor persistente de comportament și a modificărilor caracteriale la vârsta adultă. Alteori, însă, ea diminuează o dată cu creșterea în vîrstă și dispare ori se compensează global sau prin unul din cele două componente ale sale.

– *Anxietatea de separare și contact*. Tulburările anxioase la vârsta infanto-juvenilă pot avea determinisme variate dintre care o mare parte sînt psihopatogenetice, conducînd la tulburări de tip nevrotic ce se manifestă ca anxietate generalizată și atacuri de panică, cu o durată variabilă și cu un posibil impact asupra vulnerabilității persoanei adulte (pentru tulburări din această serie). La copil apare ca un fenomen specific *anxietatea de separare și contact*, ca expresie a dezvoltării particulare a funcțiilor de atașament și independentizare. Aceasta se manifestă în împrejurări în care copilul se îndepărtează de mediul familiar și protector (mamă, familie, casă, loc de reședință etc.) și vine în contact cu persoane, locuri și situații necunoscute. Tulburarea poate fi considerată pînă la un punct ca expresie a disontogenezei care nu asigură condițiile unei autonomii și independentizări firești a persoanei în formare. Intensitatea și modurile de manifestare pot fi variate, de la formele extreme (psihoza simbiotică Mahler) pînă la unele forme speciale cum ar fi fobia de școală. Impactul asupra persoanei adulte poate fi variabil. La vârsta infanto-juvenilă pot să apară, la diverse vârste și cu diverse specificități, o serie de tulburări care se aseamănă cu cele etichetate la adult ca „nevrotice”. Ele se manifestă după zece ani și mai ales în perioada pubertății cu diverse simptome obsesiv-compulsive, conversiv-histerice, fobice etc. La copii apar o

serie de fobii oarecum firești la diverse vârste, astfel încât e nevoie de o judicioasă evaluare clinică în categorisirea lor ca patologice.

- *Tulburări de comportament persistente.* Ele pot fi reactive față de anumite situații. Uneori, ele pot dura mai mult timp datorită faptului că situația reactogenă (familială, școlară) se prelungește. De asemenea, pot fi favorizate de perioadele de criză de maturare. În afara acestor eventualități, unele tulburări de comportament tind să se permanentizeze și să se înscrie în stilul de viață propriu unui copil, aflându-se într-o tot mai strânsă corelație cu particularitățile sale tipologico-caracteriale. Este vorba de copii ce nu se mai integrează în patternurile socialmente normale de comportament ale colegilor lor de vîrstă și din aceeași cultură, care nu răspund pozitiv la metodele pedagogice. Pot fi prezente manifestări agresive interpersonale (explozive sau chiar „sadice“), încălcarea normelor de comportament și conviețuire (fugă de acasă, vagabondaj, furt, minciună), comportamente interpersonale particulare (de tip opoziționist, manipulativ) etc. Progresiv, copilul sau tînărul alunecă spre grupe „anomice“, învățînd tot mai multe comportamente disociale (toxicomanie, comportament sexual neadecvat la pubertate sau adolescență).

Tulburările comportamentale, la fel ca cele anxioase sau general nevrotice, pot avea o durată variabilă, devenind în extremis constante sau înscriindu-se în structura personalității.

- *Particularitățile temperamental-caracteriale* pot fi înregistrate, cu o complexitate mereu crescută de-a lungul întregii personogeneze. Uneori, ele sînt accentuate, astfel încît se profilează un anumit tip de personalitate (tipologică) particulară, patologică. De la vîrsta școlară pînă la pubertate și adolescență pot fi identificați indivizi ce pot fi etichetați ca dominatori (încăpățînați), suspicioși, hiperpedanți, hiperexpresivi, anxioși (evitanți), dependenți (pasivi), opoziționiști, izolați-bizari (și reci afectiv), expansivi-sociabili, triști etc. Aceste particularități caracteriale se pot corela variat cu ansamblul tulburărilor invocate ca posibile în cadrul disontogenezei și pot avea diverse impacte cu tipul de persoană și de patologie a adultului. Un aspect special îl constituie realizarea identității sexuale psihologice. Deviațiile sexuale pot fi sesizate în perioada infanto-juvenilă. Dar, la fel ca și în cazul celorlalte tulburări menționate, ceea ce se constată în

această perioadă de vîrstă nu este lege pentru vîrsta adultă, putînd apare multiple compensări și supracompensări.

În orice caz, un inventar cît mai amănunțit al tulburărilor psihopatologice din perioada infanto-juvenilă sau, mai precis, o sesizare și o analiză detaliată a unei eventuale disontogeneze este necesară pentru gîndirea, judecarea și evaluarea pe care o face psihopatologul și clinicianul psihiatru care se preocupă de vîrsta adultă.

2. DISONTOGENEZA CE CONDUCE LA UN DEFECT PSIHIC MAJOR LA VÎRSTA ADULTĂ

Unele tulburări psihopatologice care devin evidente din prima copilărie și se manifestă continuu în toată perioada infanto-juvenilă pot conduce la formarea unei persoane adulte cu un defect psihic major care o handicapează serios. Din această categorie mai importante sînt:

a) **Oligofrenia** (retardarea mintală)

b) **Tulburarea „pervasivă“ a dezvoltării care se referă la deficitul de comunicare interumană și a cărei formă nucleară o reprezintă „autismul infantil“.**

a) **Oligofrenia (retardarea mintală).** Constă dintr-un deficit psihic predominant a funcțiilor de cunoaștere, a inteligenței. Datorită unor cauze variate, predominant genetice și organic-cerebrale, aceste funcții nu se dezvoltă normal, rămînînd „blocate“ la diverse nivele ale dezvoltării ontogenetice. Ca urmare copilul nu posedă cunoștințe corespunzătoare vîrstei, abilități și capacitatea de independență corespunzătoare. Cu cît retardarea mentală este mai accentuată cu atît individul este mai handicapat și mai dependent social. Evaluarea gradului de oligofrenie se realizează, de obicei, prin aplicarea unor teste psihologice. Rezultatul obținut se compară cu rezultatele pe care le obțin copiii normali de aceeași vîrstă și din aceeași cultură. Se obține astfel un „coeficient intelectual“ (*Q.I.*) care este cu atît mai redus cu cît retardarea e mai profundă. Cazurile grave prezintă, de obicei, și alte deficiențe sau particularități somatice. Se descriu următoarele tablouri clinice:

● **Idioția** (*oligofrenia gr. III*) care corespunde unui nivel mental inferior vârstei de 2 ani, cu un Q.I. cuprins între 0–20. Structura psihică este rudimentară, copilul nu-și însușește mersul și limbajul, viața instinctivă este primitivă, reflexă, reacțiile afective față de cei ce-l îngrijesc sînt simple. Aspectul somatic este dismorfic, hipotrofic, prezentînd frecvente dismorfisme cranio-encefalice. Are o slabă rezistență la infecțiile intercurrente. Atingerile lezionale cerebrale generează tulburări neurologice de tipul tetraplegiilor, hemiplegiilor, sindroamelor coreo-atetozice, manifestărilor epileptice. Idiotul este incapabil de autoîngrijire și, uneori, nu poate nici să se hrănească singur, fiind dependent toată viața de alții.

● **Imbecilitatea** (*oligofrenia gr. II*). Vîrsta mentală se situează între 3 și 7 ani, cu un Q.I. între 20–50. Subiecții reușesc să-și însușească limbajul simplu, vorbirea lor este agramaticală, vocabularul este restrîns. Nu sînt capabili de generalizări, nu reușesc să-și însușească cititul și scrisul. Au o gîndire concretă, situațională, cu un comportament frecvent aberant, eretic, cu crize explozive. Sau pot fi liniștiți, avînd un nivel primar de afectivitate, legat de nevoia de securitate. Uneori, se întîlnesc hiperemnezii mecanice, monstruoase (cazul Inaudi fiind celebru datorită calculelor mecanice pe care le efectua). Din punct de vedere somatic sînt mai puțin dismorfici decît idioții, dar pot prezenta tulburări de motricitate, cu mișcări stîngace. Sînt incapabili să se autoconducă, dar pot fi instruiți să se alimenteze singuri ori să efectueze acte profesionale simple, ceea ce le permite o oarecare integrare socială. Dar, au nevoie de tutelă și supraveghere constantă.

● **Debilitatea mentală** (*oligofrenia gr. I*) Corespunde unei dezvoltări mentale între 8–12 ani, cu un Q.I. situat între 50–70. Se caracterizează prin posibilitatea achizițiilor corespunzător a 4 clase primare. Pot învăța citit-scrisul și calculul elementar doar în școli cu program instructiv special. Au o gîndire corectă prezentînd deficiențe ale analizei și sintezei. Au o flexibilitate mentală redusă, care se exprimă prin inerția gîndirii și perseverări în acte. Sînt incapabili de o activitate responsabilă, satisfăcîndu-și, în general, trebuințele și interesele momentane. Dacă și-au însușit un statut social pot duce o viață relativ independentă într-un mediu protectiv și nu prea solicitant.

Se vorbește de „intelect de limită” la persoane cu capacitate intelectuală apropiată de normalitate. Deficiența apare circumstanțial, o dată cu creșterea pretențiilor intelectuale școlare. Tulburările de comportament se întîlnesc frecvent paralel cu dificultățile de încadrare școlară. Nivelul de aspirație este scăzut, fiind asociat cu neîncrederea în sine și lipsa intereselor cognitive. Au un Q.I. între 70–90. Dificultățile în procesele de abstractizare completează tabloul clinic.

b) **Tulburarea „pervasivă” a dezvoltării** (*autismul infantil*). Aceasta se referă la o dezvoltare deficitară a interacțiunii sociale reciproce, a abilităților de comunicare verbală și nonverbală, precum și a activității imaginative. Semne ale acestei suferințe apar, deseori, din primul an de viață. Oricum, această tulburare este evidentă și diagnosticabilă în primii 3 ani. Intensitatea tulburărilor este variabilă, dar în majoritatea cazurilor se ajunge la vârsta adultă la o stare de defect grav și definitiv, cu toate că de-a lungul personogenezei pot apare achiziții progresive ale unor funcții psihice, iar în jurul vârstei de 6–7 ani și la pubertate se pot manifesta chiar „crize” de creștere. În forma sa nucleară, tipică, această tulburare conține „autismul infantil” descris de Kanner. În plan social, deficitul calitativ se caracterizează printr-o perturbare a dezvoltării relațiilor interpersonale și printr-o lipsă de răspuns sau interes față de comunicarea cu alții. Din primul an se poate constata lipsa contactelor ochi în ochi, a zîmbetului și a expresiei faciale la prezența mamei. Apoi, devine evidentă indiferența (lipsa de reacție) față de alte persoane sau acestea sînt nediferențiate pentru copil fără distincții între mamă și alții. El nu reacționează (la vârsta corespunzătoare) la propria imagine în oglindă, nu se joacă și nu cooperează cu alți copii, nu dezvoltă jocuri imaginative. În unele cazuri se poate include pasiv în jocurile celorlalți.

Se constată, de asemenea, deficiențe în abilitățile comunicaționale, verbale și neverbale. Limbajul nu se dezvoltă deloc sau se dezvoltă cu mari deficiențe și particularități (inabilitatea în a numi substantive sau termeni abstracți, ecolalie, răspuns invers, expuneri ciudate sau metaforice, tulburări în „melodia” vorbirii). Uneori, vorbește singur parcă jucîndu-se cu cuvintele sau repetînd stereotip unele expresii. Lipsa fanteziei creează dificultăți în joc, în identificarea cu adulții, determinînd manifestări repetitive, stereotipe.

E prezentă o reducere marcată a repertoriului activităților și intereselor. Uneori, reacționează violent la orice schimbare a ambianței, fiind necesar ca lucrurile să păstreze o poziție fixă. Sint prezente variate mișcări stereotipe. Deseori, preferă să se deplaseze pe un itinerar fix, invariabil. E preocupat mai ales de jocuri mecanice constructive.

Alături de aceste tulburări caracteristice se mai pot, uneori, constata:

- Anormalități în dezvoltarea abilităților cognitive cu retardare mentală;

- Anormalități în postură și comportamentul motor, cu stereotipii deosebit de intens manifestate, răspunsuri ciudate față de stimuli (cu insensibilitate față de unii și suprasensibilitate față de alții). Poate să nu reacționeze la zgomote puternice, dar reacționează la cele slabe.

- Anormalități în alimentare, băut, somn.

- Anormalități ale dispoziției care poate fi labilă, cu aparentă indiferență față de orice alternând cu anxietate generalizată sau frică majoră în anumite împrejurări; comportament agresiv.

În funcție de gravitatea tulburării în cursul personogenezei unele tulburări se pot ameliora printr-o atenție specială și tratament până la vârsta adultă. În mod obișnuit, cel care a suferit de acest tip de disontogeneză rămîne pentru toată viața un defectiv-handicapat cu simptome specifice, în sensul dificultății de comunicare interpersonal-socială.

3. DISONTOGENEZA CE CONDUCE LA PARTICULARITĂȚI TIPOLOGICE ȘI DEFICIENȚE MINORE ALE PERSONALITĂȚII

PERSOANELE PARTICULARE

Mulți clinicieni și psihopatologi identifică un grup de persoane care deși nu pot fi etichetate ca patologice, prezintă o serie de particularități ce pot fi considerate ca importante în evaluarea „terenului” pe care apar cu predilecție stările psihopatologice. Aceasta, mai ales în perspectiva explicării unor aspecte patoplastice și a susținerii unor direcții terapeutice. Aceste particularități se referă, pe de o parte, la accentuarea unor trăsături caracteriale, pe de altă parte, la unele deficiențe minore ale personalității, atât global (deficit în forță, independența și maturitatea „eului”), cât și sectorial (disabilități în rezolvarea problemelor, în controlul stressului, în capacitatea de relaționare sau capacitatea de a se bucura).

O persoană particulară poate să nu atragă prin nimic atenția psihiatrului pînă la apariția unui episod psihopatologic. Uneori ea poate fi identificată în contextul supravegherii unor grupe cu risc crescut sau, în general, în cadrul studiilor populaționale. În principiu, persoana particulară poate fi considerată ca mai predispusă pentru a dezvolta tulburări psihopatologice decît media populației. Dar, într-un caz concret, ea poate fi compensată printr-un ansamblu de factori contextuali de „nonvulnerabilitate”. Se cere subliniat faptul că, conceptul de „vulnerabilitate pentru boli psihice” (în general și în special) nu se suprapune cu cel de „persoană particulară”. Vulnerabilitatea crescută poate fi întîlnită: la persoane „normale” și la cele „particulare”, la cele patologice (dizarmonic psihopate) precum și la cele grav defective.

Comentariul privitor la persoanele particulare în aspectul său tipologic se referă, de obicei, la adultul normo-intelectual. Cei subdotați intelectual sînt și ei, desigur, calificabili și clasificabili în conformitate cu o tipologie predominant temperamentală. În cazul celor supradotați apare mai importantă manifestarea creatoare, opera, iar tipologia privitoare la stilul caracterial poate fi comentată în-subsidiar. Totuși, nu este rar, ci chiar frecvent ca persoanele supradotate în anumite direcții să prezinte caracteristici proprii persoanelor particulare și să fie vulnerabile psihopatologic. Faptul trebuie să preocupe psihopatologia (și, în special, pe antropologii psihopatologi) pentru a putea identifica acele cazuri care, cu un anumit suport psihologic organizat și oferit din exterior, pot să se manifeste la un randament crescut sau pot evita tulburarea psihopatologică eșuarea și trecerea în anonim, cu tot potențialul de creativitate prezent.

În comentariul persoanelor particulare sînt de abordat două aspecte interconectate. Pe de o parte, tipologia lor caracterială particulară, pe de altă parte, deficiențele globale și sectoriale ale „eului”. Așa cum s-a mai spus, acestea din urmă pot fi comentate în termeni de: imaturitate, slăbiciune, insuficient echilibru interior și toleranța la frustrare scăzută, insuficienta abilitate de a realiza un echilibru între nevoi (dorințe, pretenții) și ofertele exterioare sau exigențele interioare.

„Slăbiciunea eului”, ca expresie generică pentru grupul persoanelor particulare, indică sau sugerează și o insuficientă capacitate de manifestare și realizare. Subiectul este într-o măsură apreciabilă problematizant și egodiston; aceste caracteristici diferențiază persoanele particulare de cele psihopate care, chiar dacă nu sînt întotdeauna egosintone, sînt mai puțin problematizante și mai tranșante în decizie și acțiune, mai ales în perspectivă deontică și morală. În cazul persoanelor particulare nu întîlnim o disstructură majoră a personalității care să interfereze serios cu integrarea și funcționarea ei socială, la fel ca în cazul psihopatiilor.

În caracterizarea tipologic-caracterială a unei persoane se iau în considerare desigur factori temperamentali și caracteriali. Reamintim că prin temperament se înțelege planul predominant

înnăscut, atematic și nemotivațional al structurii persoanei, constînd din sociabilitate, emotivitate, energie biopsihică, viteză de derulare a proceselor psihice etc. Aspectul caracterial este predominant cîștigat prin experiența trăită și se referă la stilul de raportare interpersonal-socială (precum și la sine și, la lume în general) a persoanei. Elementele mai importante care permit o caracterizare pregnantă a persoanei (particulare, dar și normale sau patologice) sînt:

a) Atitudinea interpersonal-socială de bază, incluzînd modul constant al persoanei de a se raporta la alții, de a interpreta raportarea altora la sine și de a se raporta la sine. Corelată acestei atitudini este în mare parte dispoziția afectivă de bază, emotivitatea, afectivitatea tranzitivă, sociabilitatea.

b) Elaborarea motivației, decizia și trecerea la act, reactivitatea față de evenimente, perseverența în acțiune. În strînsă corelație cu stilul acțiunii este felul în care subiectul se raportează la ordine și realizează ordinea, precum și capacitatea sa imaginativă.

Nivelul pulsional bazal asigură fondul energetic al persoanei, dar participă și la configurarea profilului nevoilor personale, a dorințelor și pretențiilor. Același lucru se poate spune și despre nivelul moral. Un profil caracterial al particularităților persoanei poate rezulta din inventarul nevoilor sale bazale, a dorințelor și pretențiilor sale pulsionale, sociale și morale, așa cum vom comenta în ultimul capitol al cărții. Dar, un contur suficient de pregnant și simplu apare și pe baza celor două domenii, mai sus-menționate, care au fost de fapt utilizate în caracteriologiile tradiționale.

Diversele tipologii caracteriale sistematice se pot constitui ținîndu-se cont de cîteva dimensiuni (sau criterii) de bază (2, 3, 4) prin combinarea cărora se constituie un număr finit de clase tipologice. Desigur, unele cazuri (puține la număr) se încadrează perfect într-una din clasele descrise (caz tipic, caz școală), pe cînd altele se încadrează concomitent în mai multe clase sau se încadrează dificil în tipologia sistematică respectivă. Această modalitate „dimensională” a tipologiei (care are la bază definirea unui caz prin utilizarea unui anumit număr de „criterii-dimensiuni” ce se combină variat) are o importantă tradiție. Complementar ei a fost tot timpul cultivată și o modalitate

de abordare „*categorială*“, în cadrul căreia principalele clase tipologice se definesc printr-un mic set pregnant de caracteristici (= trăsături de personalitate) fără să fie invocată variația cantitativă a unor parametri.

În perspectiva „personalităților particulare“ este mai utilă o tipologie cu punct de plecare categorial, care să permită corelarea acestor tipuri cu „personalitățile patologice“ (dizarmonic-psihopate) și cu marile clase ale nosologiei psihiatrice. În altă direcție, „persoanele particulare“ au și o replică în aria deplinei normalități care este însă, în mod firesc, mult mai bogată și nuanțată. În continuare, vom prezenta o suită de tipuri, fiecare fiind etichetat prin cîțiva termeni care încearcă să rezume particularitatea lor caracterială:

● **Suspiciosul luptător** (*expansiv*). Persoana nu are încredere în altul, în alții, are mereu impresia că este desconsiderat, jignit, blamat, neîndreptățit, persecutat. El este mereu în stare de tensiune, „în gardă“, cu pronunțate tendințe agresive, este continuu pregătit să lupte împotriva celorlalți pe baza unor motive circumstanțiale sau deformînd semnificația evenimentelor. Uneori, afirmă că luptă pentru „dreptatea generală“, pentru nedreptatea altora. Este rigid, perseverent și nemaleabil.

● **Hipersociabilul euforic** (*senin, legat de circumstanțe*). Persoana realizează ușor contacte sociale, chiar cu persoane puțin cunoscute; acestea sînt însă superficiale, puțin adînci. El este mereu bine dispus, euforic, senin, induce buna dispoziție și altora, dar nu e profund în relații afective de durată. Nu problematizează situațiile de viață, totul i se pare firesc. Se hotărăște și trece ușor la act, dar nu e perseverent, fiind absorbit de circumstanțe. Are umor și e agreeat de alții.

● **Extrapunitivul iritabil-exploziv**. Subiectul resimte că în orice situație problematică sau conflictuală alții sînt vinovați în raport cu sine; avînd concomitent un potențial crescut de agresivitate cu insuficient autocontrol al vieții pulsionale; ajunge ușor la reacții explozive, verbale sau fizice pe care ulterior le regretă, mai mult sau mai puțin sincer.

● **Hiperexpresivul – captativ, egofil**. Subiectul resimte nevoia să fie în centrul atenției celorlalți prin admirație sau

compătimire. Corelativ acestei tendințe el este hiperexpresiv mimico-gestual, în apariție și comportament. De asemenea, având un imaginar bogat, este „captativ” fiind sociabil și relatînd atrăgător istorii ce apar interesante și în care se prezintă ca erou central. Uneori, e „strălucitor” în conversație, epatînd anturajul. E preocupat mereu de sine, de felul în care el apare în fața altora (și mai puțin de relații autentice sau de soarta celorlalți).

● **Adezivul perseverent legat de concret.** Persoana aderă la celălalt, situațional, fiind legat de detalii concrete și desfășurîndu-și raportarea (dialogul) din aproape în aproape. E lipsit de intuiție și spontaneitate; își schimbă cu dificultate planul inițial, un lucru început este urmărit rigid, cu perseverență pînă la sfîrșit. Cumulează progresiv tensiunile psihice pentru ca la un moment dat să se descarce agresiv, brusc și intens.

● **Formalistul perfecționist și muncitor.** Individul își centrează existența pe principii abstracte, fapt ce ordonează și realțile interpersonale. Relațiile cu ceilalți sînt reglate de normele sociale, de conveniențe, eventual politete, rămîinînd, însă distante și formale. Subiectul este atașat de muncă, direcție în care-și găsește principalele satisfacții și urmărește perfecțiunea. Este perseverent și nu știe să se bucure de viață. De obicei, e lipsit de imaginație și preocupat de ordonări și sistematizări.

● **Ambivalentul nehotărît.** Subiectul oscilează între nevoia de a fi condus și dorința de independență, fiind ambivalent în raport cu cei apropiați și nehotărît în decizii. Acceptă aparent dominația altuia dar, în spate, nu-l ascultă și nu i se supune. Deseori, revine asupra celor inițiate, verifică și termină cu greu un lucru început, angajîndu-se concomitent în mai multe direcții paralele. Este, de obicei, ruminativ mental (preocupat de întrebări abstracte greu solubile) și cu tendințe colecționariste.

● **Bănuitorul evitant** (*nesigur, anxios, crispat*). Subiectul resimte în contactul cu orice altă persoană nouă (și în orice situație) o mare dificultate și chiar un pericol potențial. De aceea, este tensionat, anxios, crispat. El este nesigur de sine și are dificultate în a lua singur decizii. Preferă amînarea și evitarea deciziei, angajării, a confruntării cu situațiile problematice și cu drumuri de viață ce implică necunoscute. Resimte nevoia de protecție într-o persoană confidentă.

● **Instabilul atitudinal-emotiv.** Subiectul prezintă importante oscilații, insuficient controlabile în ceea ce privește atitudinea și raportarea lui. Stările emotiv-atitudinale și de raportare interpersonal-socială se succed destul de rapid între deschidere-euforică, respingere-iritat-agresivă, crispări-anxios suspicioasă, indiferență-autoblamare depresivă cu tendințe autoagresive etc. Aceste schimbări sînt corelate doar parțial cu circumstanțele.

● **Însinguratul pesimist și profund în relație.** Persoana nu preferă contactul circumstanțial public, cu multă lume. Importanță e relația continuă și intimă cu puține persoane în raport cu care există o serioasă încredere și sentiment al responsabilității. Nu există un interes major pentru probleme de viitor și pentru satisfacții situaționale. Subiectul este în schimb atașat de seriozitatea existenței, a angajării, a muncii cu rost, a actelor semnificative, chiar dacă acestea nu sînt spectaculoase sau prea clar vizibile. Dispoziția de fond este depresivă.

● **Astenicul hipoergic-ambitios.** Persoana este destul de puțin sociabilă atît în perspectiva contactelor directe, cît și a relațiilor intime. Nu are un instrumentar de relaționare suficient dezvoltat (ca sociabilitate, imaginare, limbaj). Tendința de afirmare se exprimă prin efortul de bun randament profesional. Aceasta mobilizează, însă, funcționarea corporalității, subiectul fiind de asemenea deficitar în acest domeniu. Ca o consecință, el își resimte ca insuficientă și deficitară energia ce mobilizează corporalitatea.

● **Indiferentul detașat.** Subiectul nu resimte nevoia contactului și relației cu alte persoane. Nefiind legat sufletește de alții pe el nu-l impresionează ceea ce li se întîmplă altora; nerezonînd afectiv, el nici nu se angajează în raport cu situațiile problematice a celor care, în mod firesc, ar trebui să fie considerați că îi sînt apropiați. De altfel, este destul de indiferent și în raport cu sine însuși, cu insuficientă autoîngrijire. Nu se emoționează și nu se bucură de nimic, în nici o împrejurare. Este detașat de ambianță. Este preocupat de abstracții, de spectacole, lecturi, de încercări de realizare în domeniu cultural impersonal.

● **Supusul, fără voință și opinii.** Subiectul se raportează față de alții cu dorința de a fi condus, dirijat, orientat. El are puține

puncte de vedere și convingeri proprii, preferă ca alții să decidă pentru el și, de obicei, nu e capabil să finalizeze prin propria voință.

● **Dominatorul exclusivist.** Persoana pretinde din partea altora supunere, ascultare și lipsă de critică. Subiecții se decid ușor, acționează hotărât și ferm, impunându-și punctul de vedere și reacționând energic la contrarietăți. De obicei, o strategie preconștientă îi orientează spre domenii în care își pot exercita atitudinea dominatoare. Din această categorie se recoltează cei cu tendința de a fi „leader” precum și mame hiperprotectoare care nu doar domină, ci și controlează în detaliu existența copiilor (situația se poate transpune la soțiile sau soții hiperprotectori).

DEFICIENȚE MINORE ALE PERSONALITĂȚII (ALE EULUI ȘI ALE ABILITĂȚILOR SPECIALE)

Concomitent cu particularitățile caracterial-tipologice pot fi prezente și alte caracteristici pozitive sau negative ale personalității. Dintre cele negative, deficitare, se cer identificate și comentate două aspecte:

- deficiențe globale ale eului;
- deficiențe speciale a unor abilități.

● **Deficiențele eului.** Conceptul de „eu” a fost esențial pentru psihopatologie, fie ea de inspirație psihanalitică, fenomenologică, interpersonală, comportamentalistă etc. Toți psihopatologii au conceput eul ca un centru de sinteză a funcțiilor psihice în cadrul raportărilor situaționale, ca topos al subiectivității și identității persoanei. Deficiențele de ansamblu ale eului au fost concepute din perspectiva „imaturității” (de către psihanaliza freudiană), din cea a unei insuficiente structurări prin individuație (Jung), din cea a unei insuficiente organizări prin delimitare, consistență și deschidere – Schaffter etc. În cazul persoanelor particulare întâlnim deficiențe minore sau medii ale eului,

considerat ca nucleu al persoanei conștiente. De aceea vom comenta în continuare unele aspecte ale acestei probleme:

- *Imaturitatea „eului” din perspectiva insuficienței independente echilibrate.* Această situație poate fi trăită la vârsta adultă sub forma unei nevoi crescute de dependență interpersonală, mai evidentă sau mai mascată. Uneori, subiectul caută și dorește protecția și/sau dirijare din partea altora, mai maturi și echilibrați și/sau mai dominatori. El acceptă dirijarea din partea altora sau a nișei psihologice umane în care există, se conformează acesteia și se simte derutat și în pericol dacă o părăsește.

- *Forme mai mascate ale dependenței interpersonale* constau din nevoia de a fi mereu în prezența altora, de a fi mereu în centrul atenției (admirat sau compătimit), de a avea un suport sigur în persoane (și spații umane) securizante.

Persoana insuficient de independentă prin ea însăși (prin deficiența de maturitate a eului său) mai poate fi compensată prin identificarea pînă la confundare cu statute și roluri sociale, prin protecția pe care o asigură un univers uman hiperordonat sau prin ascunderea în spatele muncii și performanțelor relativ interpersonale.

Deficiența de independență a eului poate fi resimțită ca anxiogenă, mai ales în perspectiva contactului cu persoane și situații noi, care ar putea ridica probleme sau s-ar putea manifesta agresiv față de subiect. De aceea, unele persoane particulare adoptă o strategie de „ținere la distanță” a altora, prin suspiciune, politețe, ritualuri sociale etc. Și astfel, nu le permite o prea mare apropiere de intimitatea personală, zona în care subiectul nu se simte suficient de stăpîn pe sine.

- Un alt aspect al deficienței (imaturității) eului constă în *intoleranța la frustrare*. Subiectul resimte nevoia de satisfacere imediată a dorințelor sale, o incapacitate de a amîna, de a elabora strategii pe termen mai lung (conduse de sine însuși) pentru a realiza obiectivele principale ale existenței sale. Apare astfel la iveală o deficiență a organizării timpului trăit și a identității proprii. Dorințele pe termen scurt se cer imediat satisfăcute, fără capacitate de amînare, altfel subiectul trăind o intensă nemulțumire. Obiectivele pe termen mediu sînt cu greu urmărite cu perseverență, iar eșecurile de circumstanță demoralizează și demobilizează persoana. Durata interioară, în sens de suport

temporal al identității subiectului, se constituie dificil și insuficient de solid.

– *Stima de sine* reprezintă un aspect esențial al eului, care devine cu atât mai problematizant cu cât echilibrul e mai frust. Această „stimă de sine“ e dependentă în egală măsură de evenimentele obiectiv trăite și de interpretarea lor. De aceea, ea poate fi mult modificată prin factorii subiectivi, de atitudine apreciativă și interpretativă, care o minimizează sau o exacerbează. Alunecarea în afara perimetrului normalității se petrece în contextul în care se modifică semnificativ dispoziția atitudinală a persoanei (în sens depresiv, megaloman, interpretativ-relațional etc.).

– În sfârșit, se poate menționa, ca deficiență a eului, *insuficiența identitate cu sine*. Subiectul nu realizează limite tranșante pentru propriul eu, o structură bine ierarhizată și fundamentată pentru opțiuni evidente (în ceea ce privește atitudinile, părerile, convingerile) a propriului eu. El apare ca lipsit de puncte de vedere proprii și de argumentări pentru opțiunile sale, ajungând să accepte cu ușurință pe cele ale altora, pe care-i întâlnește circumstanțial sau care încearcă să-l domine și să-l dirijeze.

Uneori, imaturitatea eului, prezentă la adultul tânăr poate exprima doar o întârziere în orarul personogenezei, independența matură fiind atinsă mai târziu. Alteori această imaturitate persistă mai târziu sau toată viața. În unele cazuri s-ar putea analiza ipoteza că o anumită persoană se formează în perioada infanto-juvenilă astfel încât e predispusă spre „fixarea“ și „funcționarea“ la nivelul unei anumite vârste standard. Unii rămân toată viața adolescenți, alții sînt de la începutul vieții cu caracteristici de om adult sau bătrîn.

Persoanele cu eu imatur prezintă, deseori, dificultăți în întemeierea unei familii proprii sau în buna funcționare a acesteia. Ei sînt, deseori, în continuare dependenți și influențați de familia de origine și la vîrsta lor matură. În relațiile interpersonal-intime, cum sînt cele de cuplu, cele de soț-soție, apar, deseori, probleme de compensare reciprocă particulară sau de tensiune și dezadaptare reciprocă. Se pot constitui astfel cupluri de tip sado-masochist sau, dacă se reunesec două persoane care fiecare resimte nevoia de protecție și siguranță din partea altuia, ambii trăiesc împreună nemulțumirea unei anxietăți prin lipsa de siguranță și fermitate, din partea celuilalt. Sau, două persoane care

sînt ambele suspicioase și hiperexpresive, constituie un cuplu în permanență tensionat. Desigur, că însăși constituirea cuplurilor intime depinde de unele caracteristici psihologice ale partenerilor ea nefiind cu totul întîmplătoare. Aceste aspecte sînt, uneori, mai profunde psihologic decît ceea ce se putea constata la nivelul abordării tipologico-caracteriale, așa cum pune deja problema Szondy. Această problemă rămîne deschisă și trebuie să fie mereu în atenția psihopatologului.

● **Disabilități sectoriale.** Acestea se corelează cu deficiențele de ansamblu ale eului, dar pot și trebuie să fie tratate separat. Vom menționa:

– *Disabilități corporale perceptivo-motorii sau energetice.* Acestea influențează negativ capacitatea individului de a comunica cu alții și de a face față situațiilor de viață problematice, necesitînd strategii de compensare. Deficiențele de vedere, de auz, de mers, de utilizare a mîinii pot greva dezvoltarea personalității și afirmarea socială, chiar în cazul unei capacități mentale normale. Deficiențele funcțiilor organice care determină limitarea capacității de efort fizic sînt și ele de luat în considerare.

– *Disabilități psihice privitoare la capacitatea individului de a controla situațiile, de a face față situațiilor problematizante sau/și stressante (capacități de „coping”).*

Pot fi prezente diverse deficite în abilitatea persoanei de a rezolva diverse situații problematice ale vieții de zi cu zi sau în împrejurări mai dificile și solicitante. Analitic, este, în primul rînd, important a clarifica cum percepe și înțelege persoana în cauză situația dată și cum circumscrie și definește ea problema căreia trebuie să-i facă față. În afara unor posibile distorsiuni la acest nivel mai pot fi deficiențe în imaginarea de soluții pentru rezolvarea problemelor (soluții directe, soluții alternative). Apoi, poate fi prezentă o evaluare inexactă a resurselor de care dispune (resurse personale sau la care poate face apel). Mai pot exista deficiențe în trecerea la act, insuficiență energie pentru a finaliza acțiunea etc.

– Un domeniu important în care pot exista deficiențe aparent minore, dar care joacă un rol important, este cel al *relaționării sociale*. Adică, abilitatea subiectului de a se raporta la alții, de a face cunoștințe, de a comunica verbal și extraverbal, de a formula clar și convingător problemele sale, de a inspira încredere. Și la fel, capacitatea de a asculta și înțelege, de a implica

pe alții în problemele proprii, de a-și face relații sociale de durată. În rezolvarea diverselor probleme curente sau în situații de criză sprijinul altora este important. El depinde, desigur, de rețeaua socială (rețeaua de suport social) pe care subiectul o are. Dar, însăși constituirea acesteia depinde de capacitățile de relaționare socială ale persoanei. În plus, în anumite situații speciale, este important ca subiectul să poată implica pe alții în problemele sale, în sprijinirea sa, fapt ce depinde, de asemenea, de capacitatea sa de relaționare socială.

- *Capacitatea individului de „a controla stressurile“* este un alt factor important. Stressul se referă la o sollicitare intensă și la o trăire negativă psiho-corporal. El apare, deseori, fără voia, prevederea și implicarea subiectului, dominându-l. Totuși, individul poate dezvolta strategii de dozare a efortului, de relaxare, de evitare a unor aspecte, de corectare a efectelor negative, de creștere a disponibilităților proprii, inclusiv prin implicarea altora. Uneori, trăirile stressante rezultă din relațiile cu alte persoane. Și în aceste împrejurări pot fi utilizate strategii de reducere a stării de stress sau a consecințelor acestuia pentru subiect. Deficiența capacităților de „coping“ cu stressul înarcă constant și cumulativ persoana predispunând-o spre decompensări psihopatologice.

- O altă disabilitate importantă în contextul celor discutate mai sus este *incapacitatea de a se bucura, de a obține satisfacții de viață, reconfortante și care compensează stressul*. Aceasta se referă atât la viața de zi cu zi, care se poate desfășura fără perioade de relaxare, mulțumire, plăcere, satisfacții cât și la perioade mai îndelungate de timp, subiectul trăind în permanență doar eșecuri și niciodată împliniri. Desigur, satisfacțiile și împlinirile depind în mare măsură de circumstanțe exterioare, dar și de strategiile de acțiune, evaluările și concepția despre sine și viață a persoanei.

- Pot fi prezente și alte „deficiențe“ care trebuie considerate în perspectiva ansamblului structurii persoanei, a tipologiei sale caracteriale, a drumului de viață și a nișei sale ecologice. Astfel putem menționa: deficiența în a-și formula obiective sau proiecte consistente, de a controla viața instinctivo-afectivă, de a învăța din experiențele de viață etc.

- Mai menționăm ca un aspect aparte, *dificultatea sau incapacitatea unor persoane de a transpune în exprimare și limbaj comunicabil trăirile sale afective conștiente și inconștiente*.

Această „alexitimie“ a fost incriminată în etiopatogenia suferințelor psihosomatice, precum și a altor tulburări ca, de exemplu, depresia.

– În sfârșit, menționăm *disabilitatea de ordin general care rezultă dintr-o redusă dotare și cultivare a inteligenței, precum și dintr-o educare insuficientă*. Acest fapt creează premise mai dificile pentru colaborarea cu medicii și psihoterapeuții pentru înțelegerea propriei tulburări și pentru co-participarea la vindecare, pentru transformarea pacientului într-un coterapeut.

Ansamblul disabilităților expuse pot fi prezente nu doar la persoanele particulare – cu o insuficientă structurare a eului – ci și la persoanele patologice (dizarmonic-psihopate), precum și în stările defective ce urmează unor episoade psihopatologice majore.

4. DISONTOGENEZA CE CONDUCE LA FORMAREA UNOR PERSONALITĂȚI PATOLOGICE (DIZARMONIC-PSIHOPATE)

Ca o consecință a personogenezei perturbate se poate constitui la vârsta adultă o persoană cu o structură dizarmonică și comportament dissocial. Se produce astfel un defect al personogenezei de alt tip decât cel predominant intelectual (oligofren) sau de comunicare (autist) care au fost deja comentate. Persoana are un intelect în limite normale. Sociabilitatea, deși perturbată în unele aspecte, nu marginalizează major persoana. În schimb, aceasta se integrează dificil în viața comunitară ordonată de norme și legi pe care le încalcă frecvent, dovedind deseori și importante deficiențe în judecarea morală. Cazul acestor „personalități patologice” a preocupat psihiatria încă din secolul XIX, fiind binecunoscută eticheta și circumscrierea cazurilor de „moral insanity” făcută de Prichard. În sistematica nosologică clasică a lui Kraepelin personalitățile patologice au fost deja corelate cu psihozele endogene nedezvoltate suficient sau defective și cu suferințele organic-cerebrale ca stări sechelare (deși Kraepelin accepta și existența patologică a unor persoane „perverse”). Ulterior, K. Schneider a încercat să nege aceste corelații, considerînd psihopatul ca o variantă antropologică.

Tendința actuală este de a reveni la prima perspectivă menționată, dar cu diferențierea cazului special al *psihopatului sociopat*, pe care literatura anglo-saxonă l-a considerat, întotdeauna, o problemă aparte.

Circumscriere. Cadrul clinic al personalității dizarmonic psihopată poate fi caracterizat prin următoarele:

– Un defect în sens de dizarmonie caracterială gravă și persistentă ce se exprimă prin diverse tipologii;

- Tulburarea interferează negativ (anormal, perturbator) cu existența interpersonal-socială a individului: apar comportamente disociale evidente; judecarea morală poate fi și ea deficitară;

- Tulburarea apare ca o consecință a disontogenezei persoanei, astfel încât diagnosticul se formulează la adultul normo-intelectual; anormalitatea este anevolutivă prin sine și greu (sau deloc) influențabilă prin educație, sancțiuni și chiar terapie.

Alte caracteristici care precizează și nuanțează cele menționate mai sus, dar asupra cărora nu există un consens și nu se întâlnesc obligator la toate cazurile (fiind mai specifice la „sociopat” considerat ca un fel de tip nuclear) ar fi:

- *Egocentrismul hedonic*: subiectul urmărește propriile plăceri și interese fără a ține seama de alții; el consideră că totul îi este permis;

- *Egosintonie*: subiectul este de acord cu comportamentul său;

- *Extrapunitivitate*: în situații conflictuale consideră că altul e de vină și nu el;

- Face să sufere pe alții mai mult decât suferă el însuși;

- Atitudinea activă (și hetero-agresivă) predomină asupra celei inhibate;

- *Psihorigiditatea*, lipsă de adecvare nuanțată la situații, nu învață din experiență.

Detaliind puțin caracterizarea de mai sus (privitoare la dizarmonia caracterială) se poate menționa că subiectul psihopat realizează o „testare a realității” distorsionată. Adică, el interpretează anormal atitudinea celorlalte persoane față de sine, se raportează anormal la alții și la sine, realizează o anormală evaluare a propriului eu (ca valoare, capacități, relaționare, poziție în lume). El nu evaluează corect informațiile care definesc poziția sa reală în raport cu alții în mijlocul comunității. În plus, nu reușește o relație intimă, armonioasă și de durată cu altul, de tipul dragostei sau prieteniei autentice. De asemenea, diversele nivele și structuri funcționale ale personalității prezintă variații cantitative și calitative semnificative, nemaiintegrându-se armonic în ansamblul eului. Această perturbare se referă la:

- afectivitate (în sens de dispoziție afectivă bazală, emotivitate și afectivitate tranzitivă);

– planul vieții instinctivo-pulsionale (alimentar, agresiv, sexual) care nu mai e controlat suficient de către subiect, nu se mai integrează armonic în viața persoanei; se manifestă anormal, aberant, pervers;

– tulburări în planul motivațional, decizional și al comportamentului reactiv și volitiv (abulie, decizii scurt circuitate, comportament rigid etc.).

În perspectiva funcționării interpersonal-sociale (= comportamentul dissocial corelativ disstructurii caracteriale) există, de asemenea, mai multe variante:

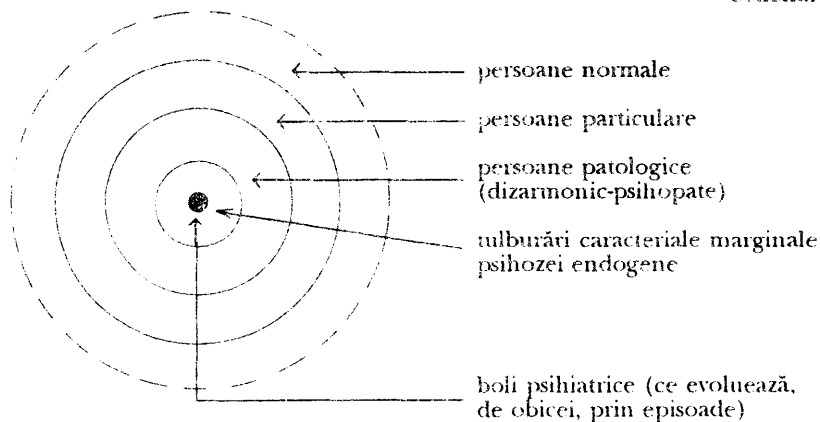
– conflicte interpersonale grave (agresive) repetate, perturbarea vieții ordonate a colectivității (prin tensionarea constantă a grupului, prin dezorganizarea programului comunitar datorită faptului că ceilalți nu se pot baza pe promisiunile psihopatului, încălcarea normelor și legilor, delictе, comportamente anetice. Perspectiva dissocială a comportamentului psihopatului, se cere diferențiată între polul comisiv-perturbator la o extremă și cel de izolare și detașare socială la altă extremă.

În circumscrierea personalităților dizarmonic-psihopate s-a pus, uneori, mai mult accentul pe dizarmonia structurii caracteriale, iar, alteori, mai mult pe comportamentul dissocial. Din ultima perspectivă au apărut noțiunile de „sociopatie“, „persoană anetopată“, „psihopat sociopat-anetopat“. *Pentru unii autori doar această ultimă variantă ar constitui „personalitatea psihopată“ propriu-zisă.* Lăsînd la o parte opțiunile extreme, în prezent pare destul de evident că din ansamblul persoanelor dizarmonice cu comportament dissocial se detașează o clasă aparte care nu are corespondent în alt domeniu al patologiei psihiatrice și pentru care nucleul perturbării îl constituie comportamentul anetopat și dissocial, manifestat constant încă dinainte de pubertate și prezent în toate ariile existenței sociale. În afara acestui tip „sociopat“ restul personalităților dizarmonic-psihopate pot fi, în principiu, corelate cu alte tulburări psihiatrice.

Persoanele dizarmonic-psihopate se îndepărtează – atît în organizarea propriei existențe, cît și în funcționarea și în manifestarea lor socială – de norma statistică și cea ideal-valorică a unei socio-culturi, a colectivității în care trăiesc, adică de modelele „normale“, socialmente acceptate, de manifestare și comportament. Dar, între persoanele ce pot fi evaluate ca avînd un

caracter și un comportament „normal”, „particular” și „dizarmonic-psihopat” (patologic) există desigur tranziții. Astfel încît, diagnosticul acestora din urmă este, deseori, dificil și presupune nu doar multiple informații, ci și o opțiune din partea diagnosticianului. Aceasta cu atît mai mult cu cît dizarmonia caracterială și manifestările disociale consecutive pot fi mascate sau compensate prin obiceiuri sociale sau de grup, prin conjuncturi socio-culturale speciale (război, bulversare socială) sau prin autocontrolul pe care-l pot realiza persoanele inteligente. Dar, pe lîngă continuumul tranziției spre normalitate se poate evidenția și o tranziție spre patologia psihiatrică majoră, patologie care, de obicei, se manifestă prin „episoade”. E vorba de „cazurile grave” de dizarmonie caracterială care se apropie clinic de modalitățile de manifestare ale psihozelor endogene (de tip schizofren, delirant, afectiv). Aceste cazuri grave de tulburare ale personalității, marginale psihozei, ar trebui considerate ca un grup aparte al nosologiei psihiatrice:

Schema 6



Perspectivă tipologică. Pe lîngă elementele de caracterizare generală – privitoare la disstructura caracterială și comportamentul disocial corelativ – din caracterizarea persoanelor dizarmonic-psihopate face parte, în mod direct, și descrierea tipologică, care particularizează aceste aspecte. Această tipologie

este ghidată de caracteristicile clinice ale marilor entități nosologice psihiatrice de care majoritatea persoanelor dizarmonic-psihopate (cu excepția sociopatului anetopat) se apropie. Vom prezenta inițial un tabel în care sînt puse în paralel aceste tipuri, după care vom trece în revistă descrierea acestora. Menționăm că și la acest nivel, la fel ca și la cel al persoanelor particulare, se ridică problema și tensiunea dintre perspectiva dimensională și cea categorială.

În ceea ce privește etichetarea, în prezent există un consens ca să se folosească termeni împrumutați din nosologia psihiatrică; fapt ce diferențiază calificarea clinică (nosologică) a persoanelor patologice (dizarmonic-psihopate) de cea neclinică, a persoanelor particulare:

Persoane particulare	Persoane dizarmonic psihopate	Patologie psihiatrică
● dominatorul exclusivist	sociopatul-anetopat	
● suspiciosul luptător	paranoiacul („paranoidul“)	paranoia
● hipersociabilul euforic	hipomaniacalul	mania
● extrapunitivul iritabil-exploziv	explozivul	suferința organic cerebrală (epilepsia)
● adezivul perseverent		
● hiperexpresivul captativ-egofil	histericul	
● formalistul perfecționist	histrionicul	histeria
	anankastul	tulburarea obsesiv compulsivă
● ambivalentul nehotărît	psihastenu	
● instabilul emotiv atitudinal	anxiosul evitant	anxietate
	instabilul emotiv atitudinal	ciclotimia
● însinguratul depresiv	depresivul	depresia
● ambițiosul hipoergic	astenicul	astenia
● indiferentul detașat	schizoidul-schizotipalul	schizofrenia
● supusul fără voință	abulicul	toxicomania

În tabelul prezentat, o serie de tipuri se raportează (în principiu) la psihozele endogene (paranoicul, schizoidul, hipomaniacalul, instabilul-emotiv, depresivul); altele la tulburări de tip nevrotic (histericul, anankastul, astenicul, anxiosul, fobicul) sau la toxicomanie (abulicul, psihastenul). Cazurile din prima parte a listei se manifestă mai mult activ-comisiv pe cînd cele din partea a doua mai mult prin retragere și evitare. Din toate categoriile pot exista cazuri de intensitate medie sau gravă. O mențiune importantă este aceea că formele „pure” sînt rare în practică întîlnindu-se, de obicei, diverse combinații. Și la acest nivel se cere subliniat faptul că diferențierea între perspectiva categorială și cea dimensională este doar principială și parțială. Fiecare tip categorial este, de fapt, un construct teoretic care reunește o serie de trăsături de personalitate în jurul unui nucleu sau a unei trăsături esențiale, în realitatea clinică fiind prezente în mod obișnuit persoane care se prezintă ca o combinație a acestora, cu dominarea trăsăturilor esențiale ale unui tip și cu prezența în proporții variate a trăsăturilor esențiale ale altui tip-categorie:

● Persoana patologică (dizarmonic-psihopată) de tip *antisocial-sociopat* se caracterizează printr-un comportament care încalcă în mod evident și permanent normele socio-morale ale colectivității. Individul este lipsit de sensibilitate (de rezonanță afectivă) față de sentimentele altora, e incapabil de empatie, nu-i pasă dacă prin comportamentul său îi face pe alții să sufere, uneori, chiar simțind plăcerea de a chinui. E dominator și manipulativ, se servește de alte persoane pentru atingerea propriilor planuri, plăceri și scopuri, e lipsit de stimă și respect față de celălalt, de rușine și sentimente de culpă. Este egoist, egosinton, în acord cu tot ce face, găsind cu ușurință argumente de a implica pe alții ca vinovați de consecințele comportamentului său. Nu e capabil de autentice sentimente de simpatie și de a întreține relații interpersonale durabile. Viața instinctivo-pulsională este necontrolată și anarhică; sînt frecvente perversiunile sexuale, alcoolismul și toxicomania, iritabilitatea, toleranța scăzută la frustrare și explozivitatea, dar și comportamentul sadic efectuat deliberat, ajungînd pînă la crima efectuată cu sînge rece.

Prezintă o atitudine marcată și persistentă de desconsiderare a normelor sociale, a regulilor și obligațiilor socio-morale. Această atitudine și comportamentul consecutiv se manifestă persistent,

dinainte de adolescență și e prezent în toate ariile vieții sociale, cum ar fi munca, școala, armata, familia. Individul este mereu în luptă cu societatea coordonată prin norme, comițând repetate delikte. Nu învață din experiență, din pedepse sau educație.

● Persoana patologică (dizarmonic-psihopată) de tip *paranoiac* s-ar caracteriza prin: suspiciune neîntemeiată și neîncredere în oameni. Subiectul este hipervigilent, prudent și secretos, așteptându-se mereu la înșelătorii, daune sau umilințe din partea altora; se îndoiește în permanență de loialitatea celorlalți. Este preocupat de înțelesuri speciale, fiind predispus să interpreteze distorsionat afirmațiile și acțiunile neutrale sau prietenești ale altora ca fiind ostile și tendențioase. Uneori, se ajunge la gelozie patologică. E predispus spre explicații neconsistente, „conspiraționale“ a evenimentelor ce se întâmplă în jurul său; ori a celor din lumea întreagă.

Are o sensibilitate excesivă față de eșecuri și respingeri, evită acceptarea blamului chiar și atunci când îl merită. E mereu în tensiune, incapabil să se relaxeze, exagerează dificultățile și e gata să contraatace când percepe o amenințare.

E orgolios și rigid, are o tendință excesivă spre auto-importanță și atitudine autoreferențială, un simț combativ, tenace al drepturilor personale fără a ține cont de contextul real al situației. Uneori, afirmă că-l deranjează nedreptatea în general și caută să sancționeze orice incorectitudine a celor din jur. Se autoapreciază ca fiind întotdeauna obiectiv, rațional și neemotiv; lasă, uneori, impresia că e rece și lipsit de emoție, deși poate fi tensionat-anxios. E lipsit de sentimente delicate, tandre, duioase, prietenești și de umor.

Psihopatul paranoiac intră în conflict cu alții și cu grupul social datorită faptului că se simte jignit și neîndreptățit, motivat și justificat să-și facă singur dreptate sau să combată orice i se pare în neregulă ori să piardă simțul „realității“, al „situațiilor“, al „măsurii“.

Se poate diferenția o variantă predominant *activ-dominatoare* ce se manifestă printr-o permanentă luptă. Și o variantă predominant *crispat-anxioasă* care se simte mereu încolțit de către alții, fiind mereu într-o tensiune de apărare. Această ultimă eventualitate se apropie de cea a anxiosului-evitant și e, uneori, etichetat ca persoană cu trăsături senzitiv-relaționale.

● Persoana patologică de tip *hipomaniacal* se caracterizează printr-o sociabilitate crescută, dar superficială și printr-o permanentă activitate dezordonată. Subiectul inițiază multiple planuri de acțiune, dar pe care de obicei nu le duce la sfârșit. Este expansiv, încrezător în el, în propriile capacități, ignoră dificultățile reale, nu ascultă de obiecțiile raționale. Datorită acestor caracteristici intră deseori în conflict cu alții; e certăreț, cverulent, exploziv, perturbă viața grupului social prin expansivitatea sa debordantă, care încalcă normele și simțul măsurii.

● Persoana patologică *explozivă*. Această categorie a fost mult timp dezbătută; o serie de autori susținând că explozitivitatea e o trăsătură ce se întâlnește la multe tipuri de psihopați, neputând centra unul anume. În ultimul timp, acest tip este apropiat de instabilul emoțional-atitudinal. S-a comentat, de asemenea, corelația dintre explozitivitate și suferința cerebrală sechelară. S-ar caracteriza printr-un potențial agresiv crescut, o toleranță scăzută la frustrare, un control scăzut al vieții instinctivo-pulsionale și a agresivității și o exagerată tendință expunșivă, în sensul de a considera mereu că, în situații conflictuale, altul este vinovat și merită sancțiunea directă a subiectului. După descărcarea agresivă, uneori, individul afișează sentimente de regret care nu sînt, însă, trăite în profunzime și nu împiedică repetarea comportamentului. De obicei, părerea despre sine este bună, emotivitatea și afectivitatea tranzitivă și sociabilitatea sînt destul de dezvoltate. Comportamentul exploziv repetat ridică importante probleme de încadrare socială.

Explozitivitatea crescută a mai fost corelată cu un psihism mai puțin diferențiat, cu antecedente de injurii cerebrale și cu epilepsia (inclusiv cu tipul „epileptoid“ care este lent și adeziv, preocupat de concret și cumulativ, ajungînd periodic să se descarce exploziv).

● Persoana patologică de tip *histrionic (histeric)* se caracterizează prin egocentrism și egofilie; subiectul își concentrează în permanență atenția asupra sa, este indulgent cu sine, desconsiderînd pe alții; e înfumurat, orgolios, pretenșios; resimte mereu dorința de a fi în centrul atenției, de a fi admirat sau compătimit; e înclinat spre autocompasiune, dramatizare a situațiilor trăite, teatralism, expresie exagerată a emoțiilor pe fond de afectivitate superficială, labilă; nu e capabil de o autentică

dragoste și generozitate deși, uneori, le mimează. Dimpotrivă, în relațiile interpersonale este nu doar egoist și manipulativ, ci deseori și agresiv, crud cu alții mai slabi, pe care-i poate domina. Poate prezenta circumstanțial o sugestionabilitate crescută.

Prezintă o sete permanentă de activitate și excitație, de a realiza stări excitante pentru sine și pentru alții. Are un comportament captativ (de a capta atenția și interesul altora asupra sa) bazat pe imaginația lui bogată și pe o capacitate crescută de a povesti captivant. De asemenea, poate dezvolta un comportament manipulativ persistent în vederea realizării nevoilor personale (mai ales e înclinat spre amenințări și gesturi sau tentative suicidare pentru a obține de la alții ceea ce dorește).

Prezintă reacții excesive la evenimente minore (are o vulnerabilitate crescută la jigniri), deseori, cu accese iraționale de furie hiperexpresivă. Este perceput de alții ca superficial și lipsit de onestitate chiar dacă aparent este cald și încântător.

În raport cu persoanele particulare hiperexpresiv-captative psihopatul histeric prezintă un comportament dissocial evident. Pe lângă cele menționate mai sus, deseori, el se manifestă ca intrigant (autor de scrisori anonime) sau escroc; fapt ce-l realizează deseori prin impostură (escroc sentimental, autoatribuitor de false funcții și titluri). De asemenea, poate fi aberant prin relatările sale fanteziste, pline de mitomanie și confabulație (pseudodialog fantast). Școala americană a descris ca o variantă tipologică apropiată de histrionic „narcisistul”, caracterizat prin: tendința permanentă de a se considera o persoană excepțională (fapt ce se manifestă în fantezie și comportament), lipsă de empatie, hipersenzitivitate la evaluarea sa de către alții etc.

● Persoana patologică de tip *anankast* se caracterizează prin: formalism, rigiditate, aderență față de reguli abstracte, insistență încăpăținată în a pretinde ca alții să se supună felului său de a face lucrurile. Față de ceilalți se raportează pedant, convențional formalist (aparent politicos), deseori agresiv și ironic având o capacitate redusă de a trăi și exprima căldura emoțională. Invocă și manifestă o conștiinciozitate excesivă, meticulozitate, preocupare crescută pentru acțiuni productive și față de ordine, nevoia de a planifica toate activitățile cu mult înaintea și în detalii, în conformitate cu un plan pe care, apoi, îl execută imuabil. E lipsit de spontaneitate, imaginație și umor; nu se simte bine dacă nu are

de lucru. Este omul datoriei și al convențiilor, care ia în serios toate normele prescrise. Se mai caracterizează prin perfecționism care interferează cu incapacitatea de a sesiza întregul (preocupare excesivă pentru detalii).

Comportamentul dissocial constă din încadrarea dificilă în grup cu mari dificultăți în cooperare. În ciuda afirmației principalității e predispus spre compromisuri. Există, de asemenea, un potențial agresiv crescut care, uneori, se descarcă neașteptat, exploziv. Există și forme grave, marginale psihozei (schizofrene) în care sînt prezente multiple ritualuri, depersonalizare, ambivalență, ambitendență.

O variantă tipologică este marele „psihasten“, caracterizat printr-o accentuată nehotărîre și dezordine. Față de alte persoane se raportează ambivalent, uneori, în manieră pasiv-agresivă. Este ruminativ, preocupat de ordine pe care, însă, nu o poate realiza niciodată. E nesigur, cu tendințe de verificare și colecționare. De asemenea, e inconstant în atitudini și comportamente, mereu duplicitar; un om pe care alții nu se pot baza. E predispus spre alcoolism și toxicomanie sau la comportamente de tip impulsiv.

● Persoana patologică de tip *anxios-evitant* prezintă trăiri persistente de tensiune, teamă, insecuritate, sentimente de inferioritate și stimă redusă de sine, dorință continuă de a fi plăcut și acceptat de alții, cu hipersensibilitate la rejecție și criticism. De obicei, nu intră în relații interpersonale pînă nu are garanții că va fi acceptat fără critică; atașamentul personal este foarte restrictiv. Prezintă o tendință habituală de a exagera potențialul de pericole sau riscuri din situațiile cotidiene; fapt ce conduce la evitarea multor activități. Stilul de viață e restrictiv din cauza necesității de a avea mereu certitudinea că securitatea personală e asigurată.

Aspectul dissocial rezultă din comportamentul de evitare, din dificultatea contactului interpersonal și din dificultatea de inserție în viața comunitară obișnuită.

● Persoana patologică de tip *instabil-emoțional și atitudinal* („marginală“, „borderline“ în clasificarea americană) se caracterizează prin relații interpersonale cu intensă încărcătură afectivă, dar foarte instabile, care se corelează cu frecvente schimbări de atitudine (față de alții și față de sine) și schimbări în trăirile emoționale. Subiectul trece cu ușurință și insuficient de motivat

(uneori, imprevizibil) de la atitudinea de ostilitate și de furie față de altul la o atitudine de completă supunere și loialitate, la comportament hetero-manipulativ sau autoagresiv parasuicidar. De asemenea, el trece frecvent de la euforie la anxietate, depresie etc. Comportamentul este, deseori, impulsiv-exploziv și imprevizibil cu dificultăți în formularea și realizarea scopurilor pe termen lung.

Identitatea cu sine – resimțită și manifestată – este deficitară. Subiectul nu are o clară imagine despre sine, iar orientarea și preferințele sale interioare (inclusiv cele sexuale) sînt adesea neclare și perturbate.

În marginea acestui tip se poate discuta despre instabilitatea comportamentală a persoanelor dizarmonic-psihopate. Aceasta se întîlnește frecvent, cu dese schimbări ale locului de muncă și habitat, cu frecvente schimbări în rețeaua socială. S-a opinat că această instabilitate se întîlnește la variate categorii tipologico-caracteriale și, deci, nu ar fi suficientă pentru descrierea acestui tip separat. Totuși, a fost comentat și un caz mai particular la care alternează perioade de inhibiție, abulie și retragere socială cu perioade de expansivitate, sociabilitate crescută, planuri și proiecte de acțiuni multiple. Aceste persoane care în cele două faze opuse și alterne pot prezenta și oscilații ale dispoziției afective între depresie și euforie, au fost etichetate ca „ciclotimie” și considerate ca făcînd parte din „spectrul” caracterial al psihozelor afective. Și pentru instabilul-emoziv s-a făcut această supoziție de apartenență la „spectrul” afectiv.

● Persoana patologică de tip *depresiv* se caracterizează prin relații interpersonal-sociale reduse, dar profunde și durabile. Subiectul este serios în tot ce face, muncitor, cu o permanentă dispoziție tristă și cu un potențial agresiv crescut. Uneori, încrîncenat, iritabil, cu reacții explozive sau autoagresive. Stima de sine e scăzută și subiectul e predispus spre trăirea culpei. El e lipsit de seninătate sufletească și nu participă la viața grupului social. Este predispus spre alcoolism și toxicomanie.

● Persoana patologică de tip *astenic* se caracterizează printr-o relativă dificultate în relațiile interpersonale datorită sărăciei afectivității tranzitive. Caută să se impună în plan social prin randamentul crescut al muncii, însă, datorită energiei bio-psiice reduse resimte în permanență lipsa de forță și-și trăiește

neplăcut corporalitatea. Nu are bucurii, nu e capabil să se relaxeze. E invidios pe cei ce se bucură și dacă poate le strică plăcerile.

● Persoana patologică de tip *schizoid* se caracterizează prin indiferență față de prețuirea, critica sau sentimentele altora. Mai prezintă răceală și detașare emoțională, absența căldurii afective, a sentimentelor tandre, intime față de alții (dar și ale celor de ură și mînie); prietenie restrînsă doar cu una sau două persoane, incluzînd membrii familiei. Are interes scăzut față de experiențe sexuale cu alte persoane (raportat la vîrstă).

Are o capacitate redusă de a trăi plăcerea (anhedonie), o preferință supradimensionată pentru imaginar, activități solitare și introspecție. Prezintă o dificultate marcată în a recunoaște și în a adera la convențiile sociale; fapt ce conduce la comportament excentric.

Comportamentul disocial rezultă mai ales din ignorarea convențiilor sociale, din lipsa de adeziune la grup și din faptul că alții nu se pot baza pe el încredințîndu-i sarcini.

În ultima perioadă s-a descris și o persoană „schizotipală” care reprezintă o formă gravă de tulburare a personalității, marginală psihozei (schizofreniei). Aceasta ar prezenta, pe lîngă trăsături de tip schizoid, și următoarele: gîndire magică, idei de relație, depersonalizare și derealizare, iluzii de prezență a unei alte persoane, vorbire digresivă, supraelaborată, circumstanțială, metaforică etc.

● Persoana patologică de tip *abulic* (pasiv-dependent) se caracterizează prin permiterea sau chiar încurajarea altora de a-și asuma responsabilități pentru domenii importante ale vieții sale, cu subordonarea nevoilor proprii față de alții, de care depinde. El are o complianță exagerată față de dorințele celorlalți, este incapabil de a exterioriza chiar dorințe rezonabile față de oamenii de care depinde.

Se percepe pe sine ca neajutorat, incompetent și lipsit de valoare; e preocupat de sentimentul că va fi abandonat și simte nevoia constantă să fie asigurat că aceasta nu se va petrece; se simte foarte neplăcut cînd e singur sau cînd se încheie o relație intimă ce a persistat în timp. E mai puțin emotiv ca anxiosul-evitant. La nenorocire are tendința de a transfera responsabilitatea asupra altora

Uneori este „pasiv-agresiv” în sensul că aparent este de acord cu cei care-l domină, dar i se opune pasiv, neefectuînd ceea ce promite; fapt ce conduce la încurcături.

Este foarte sugestionabil și influențabil atît pentru comportamente pozitive, cît și negative. Nu are un control suficient asupra vieții instinctiv-pulsionale, putînd ajunge la excесе, perversiuni, dependență de droguri sau alcool. Dacă nu e condus pozitiv poate ajunge la vagabondaj sau la un mod de viață marginal, în grupuri anomice.

Tot în acest domeniu al patologiei structurii personalității, al persoanelor dizarmonice (sau „tulburărilor de personalitate”) se poate menționa și comenta *tulburarea de identitate sexuală*. În forma sa cea mai accentuată, cea a „transsexualismului”, subiectul resimte – și dorește să fie recunoscută de alții – ca avînd o altă identitate sexuală opusă celei morfologico-endocrine pe care o are. Tulburarea apare încă din perioada infanto-juvenilă, accentuîndu-se progresiv în pubertate – adolescență pentru a se manifesta pregnant și constant la vîrsta adultă, conducînd și la comportamente corespunzătoare (de exemplu, „travestitismul” sau preferința pentru ținuta vestimentară a sexului opus). În cazuri mai puțin „pure” există o intersexualitate endocrină, gonado-hormonală sau chiar morfologică; fapt ce determină uneori din partea subiectului pretenții legale de schimbare oficială a sexului.

O altă situație deosebită este cea a *homosexualității egosintone*. Această nu se corelează totdeauna cu preocuparea transsexuală. Homosexualitatea (care poate fi și egodistonă, precum și mixtă cu comportament heterosexual) nu poate fi considerată o tulburare de personalitate în adevăratul sens al cuvîntului, deoarece nu se corelează, de obicei, cu o evidentă dizarmonie a structurii caracteriale; sau modificarea vizează doar un aspect al existenței persoanei. Desigur, comportamente homosexuale se pot întîlni și la diverse persoane patologice după cum pot apare și în cadrul unor psihoze. De altfel, la persoanele patologice se pot întîlni variate perturbări ale vieții instinctive, sexuale, alimentare, agresive etc.

O ultimă problemă ce o menționăm la acest nivel este cea a constituției corporale care face parte și ea din dimensiunea persoanei. Dincolo de diverse tipologii morfologice se poate

menționa cazul *obezului* și a *persoanei foarte slabe constituțional*. Aceste aspecte corporal-constituționale se cer și ele evidențiate atunci când e calificată (diagnosticată) o persoană deosebită.

Aspecte evolutive. Modelul standard al evoluției, care a fost menționat deja o dată cu circumscrierea, ar fi următorul:

Persoana dizarmonic-psihopată se constituie ca o consecință a disontogenezei, a perturbării întregului proces de personalizare. Ca atare, ea este diagnosticabilă doar la vârsta adultă, este anevolutivă prin sine și puțin influențabilă prin experiențe de viață, prin încercări de educație și terapie. În raport cu acest model standard (care nu asimilează conceptului tulburările de comportament din perioada infanto-juvenilă care progresiv se pot compensa) sînt posibile următoarele variante:

- Debutul sau manifestarea clinică se produce evident doar la vârsta adultului tînr – sau chiar în perioada vârstei adulte – fără prezența unor tulburări evidente de comportament și caracter în perioada pubertară și adolescență (sau chiar mai devreme). În aceste cazuri e de presupus o vulnerabilitate crescută a persoanei care a fost compensată prin factori interpersonali, de grup familial și socio-culturali pînă în momentul în care subiectul trebuie să se afirme cu adevărat independent; și cînd fundalul acoperit al disstructurii caracteriale – care lasă impresia de pseudonormalitate – iese la iveală și persistă ulterior constant; după modelul psihopatic tipic.

- Evoluție oscilantă, în sensul existenței unor perioade în cursul cărora disstructura și comportamentul disocial sînt foarte evidente și a altor perioade de viață, în care anormalitatea pare a se atenua, oricum nemaifiind în prim plan sau evidentă. La aceasta poate contribui:

- oscilațiile endotime periodice ale persoanei;
- particularități psihologice care depind de momente ale ciclurilor vieții;
- posibile compensări în contextul unor medii în anumite situații socio-culturale, cu anumite permisivități specifice, cu oferta unor statute și roluri sociale care compensează persoana etc.;
- existența unor cicluri de manifestare social-psihopatică în sensul că, într-un nou mediu, psihopatul nu-și validează o perioadă de timp valențele disociale, pînă cînd ajunge progresiv la tensiune și conflict; ulterior, ciclul reîncepe într-un alt mediu.

În cazul persoanelor inteligente este posibil ca totuși prin experiența de viață să se cîștige capacitatea de realizare a unor strategii de cooperare cu grupul social, de compensare a tendințelor dizarmonice.

Apariția secundară a tulburării de personalitate. Un alt aspect constă în aceea că dizarmonia caracterială de model psihopat poate să apară secundar, ca un defect al unor suferințe organice cerebrale (infecțioase, posttraumatice, toxice, vasculare) sau a unor tulburări psihotice endogene, cum ar fi schizofrenia, psihozele delirante și tulburările afective. În acest ultim caz, se ridică problema relației dintre patologia structural-endogenă și cea structural caracterială, între „trăsături” patologice și „stare patologică”. O situație specială, comentată de clinicieni mai ales în ultimul timp, constă din modificarea persistentă de personalitate care apare la vîrsta adultă după situații deosebit de stressante și prelungite (de exemplu, lagăr de concentrare) sau reactiv față de boli cronice (inclusiv boli psihice).

Aspecte nosologice. Personalitatea dizarmonic-psihopată este considerată o entitate nosologică. Ea poate fi diagnosticată ca atare și în cazul lipsei altor tulburări psihopatologice mai mult sau mai puțin episodice. Relația cu restul patologiei psihiatrice este variată. Astfel se pot menționa:

Tulburări psihopatologice. Psihopatul prezintă mai frecvent decît restul populației „stări reactive psihopatologice”, multe dintre acestea fiind consecințe ale situațiilor stressante induse de el însuși. Este frecvent, de asemenea, parasuicidul, toxicomania (alcoolismul), comportamentele de tip impulsiv, perversiunile sexuale. Tulburări de model nevrotic pot apare mai mult ca o fațadă în contextul tendinței la rentă. Unele tulburări de tip anxios, fobic, isteric sau obsesiv, pot fi frecvente la unele tipuri. Apariția patologiei psihotice endogene se întîlnește des la anumite tipuri care sînt considerate ca făcînd parte din „spectrul” bolilor endogene respective (de exemplu, schizoidul și schizotipalul fac parte din spectrul schizofreniei, hipomaniacalul, depresivul, ciclotimul și instabilul din spectrul bolilor afective etc.) Relația dintre dizarmonia personalității – care reprezintă un diagnostic pe axa II și, deci, „trăsături” patologice – și tulburarea psihopatologică episodică (notată pe axa I) este o problemă ce se cere studiată în continuare, mai ales în perspectiva teoriei vulnerabilității endogene.

VULNERABILITATEA PENTRU TULBURĂRI PSIROPATOLOGICE

Ca o consecință a factorilor ce condiționează și influențează personogeneza poate apare și o predispoziție (vulnerabilitate) pentru episoade psihopatologice. De fapt, în întreaga medicină, apariția unei stări (a unui episod) de boală este înțeleasă ca rezultând din raportul dintre predispoziție, teren și factori nocivi recenți (predispozanți, favorizanți, determinanți sau declanșatori). Tulburările pe care le studiază psihiatria se integrează în această modalitate de gândire. Acum, însă, prin teren urmează să se înțeleagă structura caracterială a personalității care integrează în ea ansamblul condiționărilor biologice și psihopatologice care se cumulează după fecundarea ovulului pînă la naștere și de-a lungul perioadei postnatale, a primilor ani de dezvoltare și a biografiei în general. O vulnerabilitate crescută pentru apariția unor tulburări psihice episodice poate fi prezentă atît la persoane care prezintă, în urma personogenezei, un defect structural-caracterial grav, mediu sau ușor (persoane dizarmonic psihopate și persoane particulare), cît și la cele „normale”. Dintre persoanele vulnerabile psihopatologic unele nu sînt remarcate înainte de evenimentul maladiv prin nimic care să atragă atenția anturajului. Ceea ce nu înseamnă că nu preexistă unele particularități care, la o analiză mai atentă și calificată, nu ar fi putut fi decelate.

Studiile teoretice și practice din ultimii ani au nuanțat conceptul de vulnerabilitate prin comentarea perioadelor de viață cu vulnerabilitate crescută și scăzută, prin analiza unor mecanisme care participă indirect, în timp, la crearea condițiilor ca într-o anumită perioadă de viață subiectul să fie supus unor influențe vulnerabilizatoare intense, prin introducerea conceptului de „elasticitate” și de „non-vulnerabilitate”. Acesta din urmă se referă la resursele persoanei, resurse interne (dotare intelectuală, educație, abilități de a face față stressului, echilibru biocerebral etc.), precum și resursele externe (dintre care, până în prezent, cea mai studiată a fost rețeaua de suport social) (schema 22, p. 403 și schema 23, p. 404).

Un aspect esențial al teoriei vulnerabilitate/stress a lui Zubin este acela că, o persoană vulnerabilă ajunge într-o stare psihopatologică totdeauna în urma unui eveniment, a unei situații stressante actuale. Aceasta poate fi de intensitate minimă, având doar un rol declanșator, în cazul în care persoana predispusă a ajuns într-o perioadă de maximă vulnerabilizare (confundându-se – la limită – cu exigențele și „stress-urile” banale ale vieții de zi cu zi, cărora subiectul nu le mai poate face față). *Dar, condiționarea externă nu trebuie niciodată neglijată. Prin aceasta e depășită concepția tradițională a „determinismului endogen” care stipula apariția unor episoade psihopatologice „fără cauză actuală”.*

În sfârșit, o altă presupuziție inițială a acestei teorii a fost aceea că un episod psihopatologic este doar un moment din viața unui om, viață care-și continuă, apoi, cursul cu posibile reechilibrări, chiar spontane, în cadrul „ciclurilor vieții”. Această ultimă perspectivă, cu accent asupra ciclurilor vieții, nu a fost însă suficient de studiată.

Pornind de la centrarea sa inițială asupra schizofreniei teoria vulnerabilitate/stress s-a extins asupra întregului domeniu care era clasic considerat ca fiind al „psihozelor endogene”. Ulterior, a devenit evident că aceeași perspectivă este aplicabilă, cu corectivele și specificările de rigoare, și pentru majoritatea „nevrozelor”, pentru alcoolism și pentru alte tulburări psihice episodice. Astfel, practic, întreg domeniul psihiatriei clinice se lasă analizat și comentat din perspectiva unei teorii largite vulnerabilitate/stress.

Înscriindu-se în paradigma gândirii medicale tradiționale care a acordat mereu importanță „terenului”, teoria vulnera-

bilitate/stress rămâne deschisă în permanență față de problema specificității. Astfel, dacă o persoană se dovedește a fi vulnerabilă pentru stări maladive, se ridică problema în ce măsură ea are o vulnerabilitate pentru tulburări psihice. Iar ca un pas ulterior pentru care tip de tulburare (anxioasă, depresivă, alcoolică, schizofrenă etc.). Vulnerabilitatea determinată (pentru episoade psihopatologice în general și în special) pune problema identificării ei prin prezența unor „markeri” bio-psihologici. Evidențierea acestora constituie un element de alarmă care permite identificarea și supravegherea (protejarea) grupelor populaționale cu risc crescut.

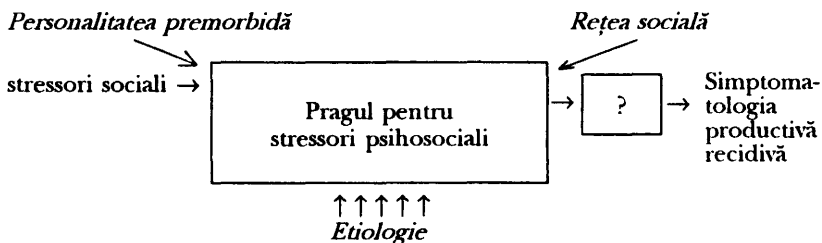
În continuare vor fi trecuți în revistă principalii factori care, în contextul studiilor actuale, pot fi considerați că ar putea participa la vulnerabilizarea persoanei pentru episoade psihopatologice (în general și în special). În mare, ei pot fi considerați similari cu cei care condiționează structurarea unor persoane particulare sau dizarmonic psihopate. Totuși, așa cum s-a precizat, vulnerabilitatea (ca factor potențial) este distinctă de aspectul manifestărilor persoanei, de „trăsăturile” caracteriale, mai mult sau mai puțin accentuate, rigide, neadaptative sau dizarmonice.

Predispoziția psihopatologică pentru vulnerabilitatea „de tip endogen” în psihiatrie e condiționată, în primul rînd, de factori genetici și influențe biologice din timpul gestației și nașterii, precum și de factori postnatali. Rolul important al factorilor genetici a fost considerat și demonstrat pentru toate psihozele endogene clasice, dar și pentru alte entități clasice psihiatrice, cum ar fi alcoolismul malativ, personalitatea dizarmonică sociopată și unele tulburări din serie nevrotică (de ex., atacurile de panică). Cu cît încărcătura genetică familială e mai mare și mai evidențiable la rudele apropiate cu atît e mai mare șansa ca boala respectivă să apară, iar evoluția să fie mai gravă. Influența factorilor genetici devine mai evidentă și mai complexă dacă se iau în considerare în istoria familială nu doar cazurile de boală definită, ci și cele din „spectrul” bolii respective. De exemplu, pentru tulburările afective se are în vedere sociopatia masculină, suicidul și parasuicidul, modificările caracteriale de tip subdepresiv, hipomaniacal și ciclotim, care nu ajung în contact cu psihiatria. Iar pentru schizofrenie, personalitatea schizoidă și cea schizotipală. Felul în care acționează factorii genetici nu este clar

elucidat pentru nici o psihoză endogenă. Se pot avansa multiple ipoteze. Se poate considera, de exemplu, că prin determinism genetic se creează anumite predispoziții biologice în general și psihologice în special, care marchează buna și echilibrata dezvoltare bio-psihică a copilului. Astfel, particularitățile temperamentale înăscute (pasivitatea-indiferență, vioiciunea-instabilă, iritabilitatea, bogăția ori sărăcia reacțiilor afective) pot condiționa maniera în care sînt căutate și recepționate informațiile din jur, felul în care se stabilesc și se dezvoltă relațiile reciproce cu mama, părinții, alți copii și adulți. Pot fi modificate genetic funcții ca cele de atenție (filtru perceptiv, care diferențiază între informațiile esențiale și neesențiale), capacitatea de reținere mneștică pe diverse durate a informațiilor receptate „echipamentul” de expresivitate mimico-gestuală necesar comunicării extraverbale (important în relațiile cu mama și persoanele apropiate), capacitatea de înțelegere și imaginare – cu consecințe ulterioare în integrarea individului (prin joc) în grupul de copii și în programele educative, structurarea funcțiilor instrumentale, a schemei corporale (cu influențe asupra însușirii abilităților praxice) etc.

Pentru schizofrenie s-au imaginat diverse scheme care încearcă să conceptualizeze relația între factorii genetici și cei ulteriori de „vulnerabilizare”, și acțiunea directă, declanșatoare a stresorilor psihosociali. Redăm următoarea schemă a lui Olbrich (1988):

Schema 7



(genetică, biochimică, neuro-anatomică, neuro-fiziologică, ecologică, teoria învățării, dezvoltare)

De asemenea se recomandă a fi consultate și schemele 24 și 25 de la p. 404-405.

Tot genetic se poate transmite o sensibilitate crescută (o fragilitate) în organizarea bio-psiho-ritmurilor circadiene și supra-diene, în depășirea perioadelor de „criză” bio-psihică, de dezvoltare (sau ale ciclurilor vieții adulte); precum și o fragilitate în funcționarea unor sisteme endocrine și de neuro-transmisie cerebrală (dopaminergice, serotoninergice, noradrenergice etc.) care se pot perturba mai ușor în anumite împrejurări. Pentru toate aceste ipoteze există unele argumente indirecte, precum și programe de cercetare pentru găsirea unor dovezi directe.

Trebuie subliniat că perturbările genetice cu rol în patologia psihică „de tip endogen” diferă de cele din bolile cu transmisie net dominantă sau care acționează după formula „erorii înăscute de metabolism”. O parte din tulburările menționate mai sus pot fi condiționate de factori somatici care acționează în timpul vieții intrauterine, în perioada perinatală sau postnatală, conducând la: instabilitatea atenției și motricității, reactivitate iritabil-agresivă crescută, perturbări în achiziția funcțiilor instrumentale etc.

De exemplu, studiile prospective daneze asupra copiilor vulnerabili pentru schizofrenie au arătat că aceștia au „beneficiat” de mai multă patologie maternă în cursul gestației și de mai multe nașteri dificile decât cei cu vulnerabilitate mai scăzută, născuți din aceleași mame, (Parnas, Schulsinger).

Rolul influențelor postnatale psiho-sociale în constituirea vulnerabilității pentru boli psihice a fost tot mai mult subliniat în ultimii ani (Perris, Rutter). Unele aspecte au făcut obiectul unor cercetări țintite, altele au fost incluse în ipoteze. Am putea menționa următoarele:

– În primul an de viață se poate vorbi de un proces asemănător cu cel denumit de etologi „împregnare” (Prägun-Lorentz); unele influențe informative exterioare care acționează în aceste momente determină ca anumite predispoziții înăscute să se valideze, să se structureze și să devină funcționale. În acest sens poate fi interpretată exercitarea de către mamă a funcțiilor de „maternaj” (Bowlby-Winnicot). După ce copilul câștigă (la 6–8 luni) „schema obiectului permanent” (Piaget), ajungând să perceapă mama și pe adulți ca „obiecte” individuale și semnificative, comportamentul acestora poate influența „atașamentul” copilului (Mahler), bunul contact devenind o sursă de continuă stimulare pozitivă și îmbogățire psihică a copilului (Mahler); iar

lipsa acestui contact bun avînd o acțiune negativă, circumstanțială și structurantă. În aceeași perspectivă a raportării semnificative a sugarului din primul an de viață față de elementele „lumii-obiect”, pot fi integrate sugestiile lui M. Klein privitoare la „încorporarea” subiectului „bun” sau „rău”. Se poate formula ipoteza că relațiile insuficiente sau deformate dintre mamă și copil în primul an joacă un rol important în constituirea predispozițiilor de vulnerabilitate endogenă psihopatologică.

În cursul primilor 3-4 ani de existență un rol în constituirea persoanei „vulnerabile” îl pot juca:

- comunicarea extraverbală deformată din familie (lipsită de logică, comunicare cu dublă semnificație, pe canal verbal și extraverbal);
- „identificările” insuficiente sau deformate cu părinții;
- lipsa de logică în aplicarea sancțiunilor și recompenselor;
- comportamentul hiperprotector al unui părinte (de obicei, mama).

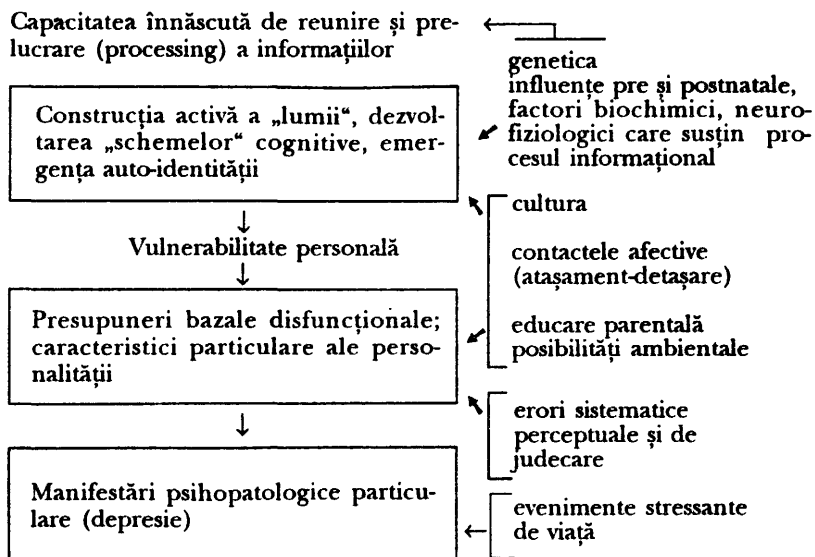
După trei-patru ani un rol asupra organizării deformate sau fragile a fundalului endogen al structurii personalității îl pot juca și relațiile cu alți copii apropiați, în familie (Leonhard) sau în alte ambianțe educative. Și la fel relațiile cu părinții, diverși educatori oficiali și diverși adulți apropiați. Două aspecte par a fi mai importante și anume:

Pe de o parte, „absența” efectivă a unor figuri semnificative de tip parental, dar și în sens mai nuanțat absența unor „imagouri” care să permită consolidarea identificărilor cu adulții și, pe această cale, a îmbogățirii interioare și a exersării - parțial imaginative - a diverselor statute și roluri de om adult.

Dacă absența figurii materne în primii trei ani determină direct o stare depresivă (Spitz), pierderea sau lipsa unuia dintre părinți în perioada ontogenezei predispune la depresie la vîrsta adultă (fapt controversat, dar care nu e de ignorat). Pe de altă parte, „învățărilor patologice” (Perris) pot fi și ele vulnerabilizante pentru pacient. Acestea pot deriva atât din identificări cu adulții, cu comportamente aberante ale acestora, cît și din atitudinea educativă constantă a părinților și educatorilor în general (de exemplu, inhibiție, devalorizare, rejecție, puniție, indiferență) sau din ansamblul sancțiunilor pe care subiectul le trăiește. Toate acestea nu asigură o șansă-suficientă afirmării și dezvoltării armonioase a „eului”.

Perris propune următoarea schemă:

Schema 8



În perspectiva vulnerabilizării endogene s-ar mai putea lua în considerare și alte influențe nocive constante ale ambianței educative familiale și extrafamiliale cum ar fi: – frustrări constante și multiple, psihotraume majore repetate, atmosfera stressantă continuă etc. Cu cât vârsta e mai înaintată cu atât factorii vulnerabilizatori ar urma să acționeze mai intens, repetat și prelungit. Rolul tuturor acestor factori – ca de altfel și a tuturor influențelor psiho-sociale – se cere, însă, demonstrat cauzistic atât pentru influența lor asupra vulnerabilității, cât și a „elasticității” pe care o dovedește individul în cursul ontogenezei; precum și a eventualei rezistențe crescute (non-vulnerabilității) a subiectului față de stressori.

Rutter a atras atenția asupra câtorva aspecte importante și anume: o serie de influențe psiho-sociale trăite în copilărie pot acționa în doi sau mai mulți timpi. De exemplu, pot influența

formarea personalității, astfel încât subiectul să fie predispus spre constituirea unui anumit tip de cuplu (sau a unei căsătorii neselectate) care, în mod secundar, la vârsta adultă, încarcă existența lui cu condiții stressante crescute continue. Sau, o anumită particularitate temperamentală (sau condiția de sex) face ca un copil să fie mai expus la exprimarea asupra lui a stressorilor din partea adulților: (copilul nervos îl irită pe părinte care se descarcă pe el mai mult decât pe frații săi; adulții se ceartă mai des în fața băieților decât a fetelor).

Există, însă, și influențe stressante asupra copiilor care nu scad, ci cresc rezistența. De exemplu, uneori, prezența unui părinte psihotic obligă copilul la mai multe responsabilități decât cele firești vârstei, făcându-l să-și însușească de timpuriu o serie de abilități care-i servesc ulterior în viața adultă, făcându-l mai rezistent. Oricum, trebuie ținut cont și de factorii psiho-sociali care solicitanți fiind nu scad, ci pot crește rezistența individului la vârsta adultă.

Persoana predispusă sau vulnerabilă endogen pentru tulburări psihopatologice, care și-a câștigat această predispoziție prin conjuncția factorilor genetici și influențele psihosociale postnatale, poate să nu atragă atenția prin nimic celorlalți și să apară, în cadrul populației generale, ca o persoană „obișnuită”, mai ales când trăiește într-o „nișă ecologică” umană favorizantă, protectivă și comprehensivă. Desigur, ea poate să apară și ca persoană particulară sau dizarmonic-psihopată. Ar fi important dacă s-ar reuși să se atingă acel nivel de cunoștințe care să permită a se identifica – pe baza unor indici psihologici și biologici – persoanele adulte aparent normale care au un risc crescut pentru patologia psihică endogenă sau pentru diverse stări psihopatologice; fapt care în prezent nu este încă realizat, deși în acest domeniu se desfășoară multiple programe de cercetare.

Principalele eforturi sînt îndreptate în direcția identificării unor „markeri” biologici și bio-psihologici de fond (corelați trăsăturilor de personalitate și nu „stărilor”, episoadelor psihopatologice). Teoria „markerilor” e în plină dezvoltare și presupune o serie de sistematizări (Bondy, 1988). Se au în vedere atît aspecte strict biologice, cum ar fi pentru schizofrenie: un nivel scăzut al MAO-B în plachetele sangvine, unele particularități neuro-motorii (particularități în mișcările oculare de urmărire la vârsta mică),

particularități psiho-fiziologice de obținere și prelucrare a informațiilor (de „processing“ informațional) cu deficiențe în atenția și memoria de foarte scurtă durată, în „filtrarea“ și ierarhizarea informațiilor etc. Cele menționate mai sus se refereau la schizofrenie, dar „markeri“ sînt identificați în stările premorbide ale majorității tulburărilor psihice, de la cele afective (particularități ale bioritmurilor, a constelației endocrine) pînă la predispoziția spre anxietate sau alcoolism patologic.

O situație și o problemă specială o ridică modificările serioase de personalitate care sugerează o patologie psihică endogenă. În perspectivă istorică, Kraepelin a considerat că unii „psihopați“ sînt de fapt persoane cu o psihoză endogenă incomplet dezvoltată. La fel Kretschmer a încercat să susțină ideea unei gradații între tipologia bio-psihică normală, persoane dizarmonice (schizoide, ciclotime, epileptoide) și boala psihică (schizofrenie psihoza maniaco-depresivă). În ceea ce privește paranoia, s-a susținut la un moment dat o gradație între psihopatul paranoiac și psihoza paranoiacă. Aceste idei erau în contradicție cu tezele Școlii din Heidelberg (Jaspers, Schneider) care priveau psihoza endogenă ca o discontinuitate (ca o „ruptură“) față de persoana premorbidă (teză susținută în continuare de Langfeld privitor la schizofrenie).

Sub influența Școlii germane de psihopatologie clinică menționată mai înainte, ideea clasică privitoare la condiționarea endogenă a tulburării de personalitate a fost între timp părăsită. Ea a fost, însă, reluată în ultimul deceniu de Akiskal privitor la patologia afectivă. În aceeași paradigmă se înscrie von Zersen și toți autorii care consideră unele tulburări de personalitate ca făcînd parte din „spectrul“ unei boli endogene (de exemplu, schizoidul și schizotipalul ar fi atașați schizofreniei).

Studiile americane privitoare la corelația între axa I și axa II în diagnosticul efectuat după sistemul DSM-III arată și ele importanța acestei corelații. Se impune astfel ideea că în unele cazuri „predispoziția“ endogenă condiționată genetic și prin influențele psiho-sociale din primii ani de viață nu conduc doar la o persoană „aparent“ normală – sau cu unele trăsături particulare – care este, însă, fragilă sau vulnerabilă, ci în alte cazuri această predispoziție se infiltrează, se încrustează mai puternic în structura personalității, determinînd persoane dizarmonic-psihopate, de tip

paranoid, schizoid, schizotipal, subdepresiv, hipomaniacal, ciclotim, marginal, etc. *În aceste cazuri, la fel ca în celelalte, predispoziția endogenă se poate opri la acest nivel sau poate evolua mai departe spre psihoză.*

Între „vulnerabilitatea de fond” a persoanei pentru tulburări psihice (în sens nespecific și specific) și apariția unui episod psihopatologic în urma unor stressori actuali (chiar minori, cu valoare de „declanșatori”) se interpune, în mod logic, situația în care persoana are o *vulnerabilitate circumstanțială crescută*. Până în prezent această problemă a fost abordată din perspectivă „exterioară”. Și anume se consideră că vulnerabilitatea crește în condițiile în care scade rețeaua de suport social și apar – sau se intensifică – stressorii psihosociali (evenimente de viață stresante, schimbări de viață solicitante, accentuarea solicitărilor și tensiunilor psiho-sociale etc.). (Vezi schema 19 pg. 394 și 20 pg. 395).

Este, însă, posibilă și necesară o abordare a acestei probleme și dintr-o perspectivă care ia în considerare factorii „interni” ce condiționează echilibrul și forța persoanei, rezistența și afirmarea ei în raport cu ambianța psiho-socială, de-a lungul biografiei.

O primă incidență poate avea în vedere „ciclurile vieții”, caracteristicile diverselor perioade cronologice de viață și de trecere dintre ele, care de obicei se realizează prin secvențe „critice”. Studiile tradiționale privitoare la psihologia diacronă s-au concentrat mai ales asupra copilăriei și a primei tinereți. Treptat s-a impus necesitatea studierii și a „ciclurilor” vieții adulte, când se realizează și se adâncește individualitatea persoanei, în sensul în care aceasta a fost abordată de C. Jung. E de așteptat ca perioadele de afirmare pleneră și de bună definire (interioară și exterioară) a subiectului să se caracterizeze printr-o rezistență (non-vulnerabilitate) crescută, iar perioadele de tranziție critică printr-o vulnerabilitate crescută. Nu există încă suficiente studii sistematice în această problemă. Menționăm studiile lui Levison amintite în primul capitol. Tot din perspectiva ciclurilor vieții se știe că anumite boli sînt mai caracteristice anumitor perioade de viață. Recent, Rutter propune conceptul de „psihopatologie a dezvoltării” și o abordare epidemiologică a ei.

În afara perspectivei mai sus-amintite, care identifică ciclurile vieții doar în raport cu repere cronologice, o analiză mai detaliată poate evidenția evoluții ciclice ale interrelațiilor și existenței persoanei în toate ariile importante de manifestare a rolurilor sociale. Mai precis, se poate diferenția un *ciclu al familiei de origine și proprii*. Ultimul este caracterizat prin perioade și secvențe (de exemplu: curțarea finalizată prin căsătorie sau despărțire, planificarea unui copil finalizată prin nașterea acestuia sau avort, tensiune conjugală finalizată prin divorț sau împăcare etc.).

Același dinamism în care alternează perioade ce evoluează spre un deznodământ însoțit de schimbări secvențiale se poate identifica și în domeniul *instructiv-profesional* (pregătirea pentru facultate urmată de eșec sau întreruperea studiilor, munca persistentă urmată de promovare sau concediere etc.). Și la fel în perspectiva *locativ-gospodărească* și în diverse arii ale vieții sociale. Acestea vor fi comentate în continuare și mai ales în ultimul capitol al lucrării. Din perspectiva care ne interesează acum trebuie invocată posibilitatea ca o persoană să se afle într-un moment nefavorabil în mai multe arii (cicluri) paralele ale vieții sale. Fapt care, desigur, poate crește vulnerabilitatea sa circumstanțială pentru boli psihice.

Și mai puțin studiate și clarificate sînt oscilațiile dintre rezistența și vulnerabilitatea care rezultă din evoluția și conjuncția bio-psiho-ritmurilor. Totuși, de multă vreme, clinicienii au intuit importanța acestora. S-a discutat mereu în psihiatria germană de „oscilațiile endotime“, iar K. Schneider le invoca drept factori favorizanți pentru stări reactive (*untergrundsreaktion*).

Tellembach consideră că ciclicitatea este o caracteristică definitorie a oricărei patologii endogene. Oricum, pentru patologia afectivă există argumente empirice în ceea ce privește perturbarea diverselor bio-psiho-ritmuri (de exemplu, cele ale somnului, alimentației etc.). O evoluție cu tendințe recurente o întâlnim și în alte psihoze „endogene“, precum și în nevroze. *Faptul că oscilațiile periodice ale bio-psiho-ritmurilor pot determina perioade de vulnerabilitate crescută rămîne o ipoteză valabilă ce trebuie studiată cît mai riguros.* În perspectiva creșterii circumstanțiale a vulnerabilității ar trebui luate în considerare atît conjuncția (favorabilă sau nefavorabilă) a bio-psiho-ritmurilor –

de exemplu circadiene, intermediare, sezoniere – cît și cea a ritmurilor psiho-socio-antropologice, corelate muncii și odihnei, ciclului săptămînal, cel pe care-l implică vacanțele, sărbătorile, ritualurile sociale etc. În raport cu particularitățile structurale ale persoanei și cu desfășurarea efectivă a vieții acesteia, diversele faze ale bio-psiho-ritmurilor antropo-cosmice s-ar putea interfera la un moment dat în manieră favorabilă sau nefavorabilă. Credem că ar trebui, de asemenea, să nu se ignore și să se studieze, cît mai științific posibil, ritmurile umane, momentele favorabile și nefavorabile ale vieții persoanei pe care le invocă diverse perspective neortodoxe ale medicinei (acupunctura, homeopatia) precum și astrologiile și zodiacale tradiționale.

Perioadele de rezistență crescută sau scăzută față de influențele psiho-sociale în perspectiva decompensărilor psihopatologice pot rezulta și din caracteristici explicite ale existenței conștiente. Astfel, în împrejurările în care un om se angajează într-un proiect de viață el poate fi mai rezistent la început datorită concentrării energiilor și speranțelor cu care-și investește prezentul deschis spre viitor. Dacă împlinirea proiectului se prelungește și devine tot mai incertă, persoana ar putea deveni mai vulnerabilă, epuizîndu-și energiile și speranțele care susțin efortul de acțiune. De asemenea, conflictele intrapsihice majore (conștiente sau preconștiente) corelate cu crizele majore ale conștiinței morale, cu bilanțurile de viață nefavorabile, cu „transformările” spirituale care pretind o reorganizare a convingerilor și credințelor (în sensul lui Frankl), consumă interior subiectul și ar putea condiționa momente de vulnerabilitate crescută, pînă cînd se ajunge la o fază de stabilitate (centrată de egosintonie, convingeri și angajări ferme etc.). Desigur și această ipoteză trebuie verificată cît mai temeinic, dincolo de invocarea ei de către psihopatologi și psihoterapeuți.

În corelație strînsă cu ideile enunțate poate fi considerată plauzibilă ipoteza că momentele de vulnerabilitate crescută apar și în alte situații: epuizare bio-psihică a subiectului, trăirea unor importante stări de eșec și frustrare, cumularea unor influențe psiho-sociale (discrete sau continue) negative, pierderi în rețeaua de suport social. Toate aceste situații pot constitui concomitent factori de vulnerabilizare, precum și factori de declanșare a unor stări psihopatologice.

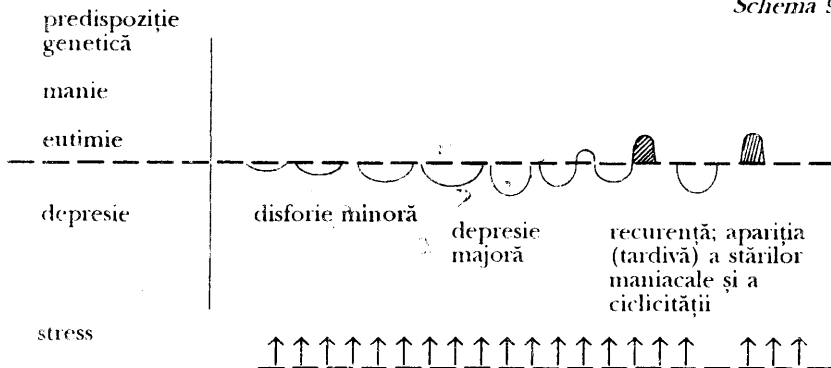
Influențele psiho-sociale pot juca un rol declanșator în patologia psihică. Rolul lor ar fi invers proporțional cu starea de vulnerabilitate de fond și situațională. În perioadele de vulnerabilitate crescută potențialul psihopatologic „endogen”, acumulat în structura profundă „atematică” a personalității, se actualizează tinzând să se manifeste cu intervenția unui factor declanșator. Pentru o evidențiere cât mai completă a acestor influențe e util să se țină cont de cele „discrete”, delimitate în timp (psihotraume neprevăzute, schimbări de viață, frustrări, eșecuri și conflicte intrapsihice acute), cât și de cele prelungite, constând din: influențele continue ale ambianței sociale proxime, din solicitările ce rezultă din statutul social etc. Intensitatea cu care subiectul trăiește influențele psiho-sociale, capacitatea lui de a face față diverselor solicitări stressante, capacitățile sale de „coping” și cumulara diacronă și sincronă a diverselor trăiri trebuie să fie luate în considerare în încercarea de descifrare a factorilor declanșatori psiho-sociali.

Teoria vulnerabilității nu ia în considerare posibila decompensare a unei potențialități maladive endogene prin factori somatici. Aceasta, probabil, datorită punctului de vedere nosologic care postulează o ierarhie între tulburările condiționate organice, endogene și psihogene; precedenta anulind următoarea situație. Totuși, o astfel de declanșare a episoadelor psihopatologice nu poate fi negată din principiu. În această perspectivă pot fi încadrate tulburările postpartum, posttraumatice și, eventual, cele din cadrul toxicomaniilor.

Apariția unui episod psihopatologic endogen poate fi precedată, uneori, de episoade psihiatrice de intensitate mai mică de tip „nevrotic”. Acest fapt a fost cercetat mai ales pentru patologia afectiv-depresivă unde se constată că reacții și nevroze depresive preced deseori, un episod, major. Sau anamnetic se constată prezența unor depresii mascate sau a unor oscilații de tip ciclotim înaintea episodului depresiv major. Faptul poate fi, însă, valabil și pentru perspectiva evolutivă. Un episod psihopatologic pe care-l trăiește o persoană, indiferent de forma și intensitatea

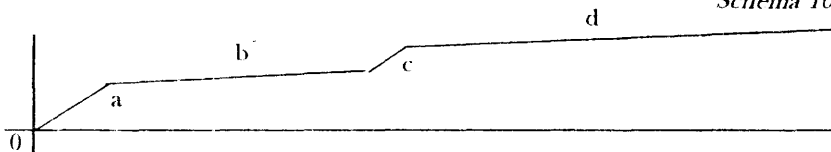
lui, poate fi considerat un factor de vulnerabilizare care predispoaze persoane spre reactivarea trăirilor de același tip în condiții ulterioare de stress mai redus decât cele care au fost prezente cu ocazia primului episod. Cu alte cuvinte, persoana „învață” progresiv să fie bolnavă, „învață” un mod de reacție care se declanșează tot mai ușor pînă la nivelul la care el se instituie aparent spontan. Redăm în această perspectivă schema propusă de Post:

Schema 9



Un ultim aspect al problemei „vulnerabilității crescute circumstanțial” pe care îl menționăm la acest nivel se referă la faptul că remisiunea unui episod psihopatologic (psihotic, schizofren, de exemplu) nu se realizează, de obicei, brusc, ci se trece prin perioade în care e posibil ca simptomatologia să nu mai fie sesizabilă, dar vulnerabilitatea să fie încă mare. Strauss (1985) propune următoarea schemă:

Schema 10



a = perioada remisiunii în care simptomatologia specifică se reduce vizibil;
b = o fază de relativă stabilitate în funcționare și simptome reziduale, în cursul căreia se petrec schimbări lente, puțin vizibile; pacientul își redobândește identitatea, acumulează suporturi și identități;

- c = „punctul de schimbare” a funcționării și simptomelor; acesta durează relativ puțin, e consecința proceselor anterioare, dar și a influenței ambiantei. El are caracteristicile unei „crize” în urma căreia pacientul se poate ameliora mult, dar se poate și decompensa;
- d = atingerea unui „plafon” care constituie cel mai înalt nivel de funcționare atins într-o perioadă dată și care nu poate fi depășit fără decompensare.

La o anumită perioadă de timp după un episod psihopatologic, chiar dacă toate simptomele clinice au dispărut, poate persista ca unic „defect” o vulnerabilitate crescută față de stressori și care permite un anumit nivel maxim al funcționării și solicitării sociale; nivel care dacă e depășit se produce o recădere. Fapt ce presupune adoptarea de către fostul pacient a unui nou stil de viață, protectiv și eventual antrenamente pentru creșterea capacităților de „coping”.

ROLUL RETELEI DE SUPORT SOCIAL ÎN PSIROPATOLOGIE

Sistemul de suport social este considerat de O.M.S., în proiectul din 1986 dedicat „Sănătății pentru toată lumea”, ca o problemă prioritară a politicii sanitare generale în Europa pentru anii imediat următori. Tema este dezvoltată în cadrul Capitolului 4 (sarcina nr. 14), privitoare la cultivarea „Stilului de viață sănătos” în cadrul căruia pe lângă problema suportului social mai este comentată și problema „abilităților sociale de rezolvare a problemelor” (= coping), precum și cea a co-participării subiecților la proiectele de prevenție, terapie și reabilitare, de menținere a unei existențe sănătoase. Toate aceste trei probleme s-au dovedit, în ultimul deceniu, a fi importante și pentru psihiatrie.

În mod explicit, problema *suportului social* a început să preocupe cercetătorii psihiatri din anii '80, când s-au acumulat tot mai multe date privitoare la faptul că evenimentele de viață „stressante” (E.V.S.) prin ele însăși nu pot explica apariția stărilor psihopatologice, chiar dacă se ia în considerare și un „teren predispus”. Conceptul de suport social s-a decupat din conceptul mai larg de rețea socială care pătrunsese în psihopatologie ceva mai mult. În întreg secolul XX a existat un consens și anume că factorii psiho-sociali sînt corelați într-un fel cu stările psihopatologice. Ideile de bază s-au organizat în cîteva direcții. Pe de o parte, s-a comentat că pe lângă variațiile tipologice normale de

sociabilitate (și, deci, de amploare a relațiilor și legăturilor sociale) condiționate de o fire introvertită sau extrovertită (Jung), schizotimă ori sintonă (Kretschmer), există și variații anormale sau patologice, așa cum apar ele la personalitățile psihopate sau în diverse boli psihice, care reduc inserția socio-culturală a subiectului. Pe de altă parte, s-a observat că izolarea socială poate fi un factor socio-psihopatogenetic.

Problema *rețelei sociale* a unui individ a fost inițial studiată de sociologi fără o legătură cu medicina și psihiatria. Ea încearcă să releve ansamblul relațiilor sociale relativ constante, fie că acestea sînt directe sau indirecte. *Rețeaua de suport social* se referă doar la o parte a rețelei sociale de ansamblu a individului, focalizîndu-se asupra acelor interacțiuni nemijlocite care corespund și satisfac unele nevoi psiho-sociale ale acestuia în cursul vieții zilnice sau în situații de criză, asigurînd un sprijin afectiv și instrumental persoanei în cauză.

Rețeaua socială, așa cum a fost studiată de la început de către sociologi, se referă la un set complex de interrelații și de legături între un grup definit de indivizi dintr-un sistem social, analizabile din perspectiva existenței unui individ considerat ca „punct de ancorare” al rețelei. S-a distins, în primul rînd, o „*rețea primară*” care constă din acele persoane cu care individul luat în considerare are contacte și legături regulate și directe, implicînd, de obicei, și un atașament afectiv. Aceste persoane se recrutează dintre rudele de sînge și prin alianță, dintre prieteni, vecini, parteneri de muncă etc. *Pentru un om obișnuit rețeaua constă din 25–40 persoane, dintre care, însă, doar 6–10 se cunosc întîm și constant, avînd legături de durată.* Se distinge, apoi, o rețea de *gradul II* ori *secundă* care constă din legăturile indirecte, realizate prin intermediul rețelei primare. Se menționează și una de *gradul III*; o rețea extinsă care leagă membrii rețelei de *gradul II* într-o relație largă. *Rețeaua socială constituie pentru un individ un ansamblu de relații destul de obiective și stabile care variază totuși, de-a lungul ciclurilor vieții, în corelație cu diversele statute și roluri sociale atinse și exercitate de persoană.* Și, de asemenea, variază în funcție de contextele socio-culturale, de obiceiuri și tradiții, de

clasa socială, de zona de existență (urbană, suburbană, rurală) etc. Ea se modifică o dată cu migrația persoanelor, cu evenimentele de viață ș.a.

Cînd se analizează rețeaua socială a unui individ se practică, de obicei, clasificări și ierarhizări. Pe lîngă cele spuse privitor la rețeaua de gradul I, II și III, se discută despre relațiile directe, mediate, latente și posibile, întîmplătoare. Apoi, despre *nucleul rețelei* format din persoanele aflate în legătură intimă cu subiectul, dintre acestea unele avînd un rol și o semnificație deosebită pentru individ. Rețelele sociale ale fiecărui membru intim al rețelei primare se interconectează mai mult sau mai puțin. De exemplu, rețele sociale (r.s.) ale soților, ale bunilor prieteni etc. De-a lungul timpului individul își modifică prin ciclurile vieții, prin decizii și prin evenimente de viață, structura r.s. R.s. corelează cu statutul socio-economic, cu poziții sociale, urbanizarea, marginalitatea socială, evenimentele stressante de viață, dezintegrarea socială. De obicei, cînd se analizează r.s. a unui individ se are în vedere structura rețelei, puterea ei de legătură și schimbările ce intervin. Mai precis, se evidențiază:

- Numărul total al persoanelor (în contact direct și indirect);
- Caracteristicile demografice ale membrilor r.s;
- Pregonanța contactelor (frecvența întîlnirilor, comunicațiilor);
- Modalitatea legăturilor (asimetrice, unilaterale sau reciproce);
- Intensitatea legăturilor reciproce;
- Gradul de accesibilitate a persoanelor aflate în relație;
- Felul de contact (înrudire, profesie, prietenie, interes);
- Densitatea legăturilor, a contactelor reciproce ale membrilor rețelei;
- Întinderea rețelei, omogenitatea sau heterogenitatea ei;
- Stabilitatea și durata legăturilor din rețea;
- Proportia legăturilor multiple (economice, religioase, de partener, sex etc.);
- Contextul sau situațiile în care legăturile se realizează;
- Tipul de activități în care membrii rețelei se angajează;
- Desemnarea persoanei căreia individul îi atribuie rolul principal de suport funcțional în cadrul r.s.;
- Numărul și felul relațiilor sociale pe care individul le are în afara r.s.

Diversi membri apropiați (nucleari) ai r.s. a unui individ pot avea diverse r.s. proprii care apar ca niște „mănunchiuri“. Acestea se pot interconecta sau pot fi diferite. De obicei, se studiază r.s. ale soților, membrilor de familie și a persoanelor considerate a fi cele mai apropiate psihologic de subiect. În această perspectivă tradițională a r.s. s-au realizat destul de multe studii privitoare la bolnavii psihici. *În general, r.s. au fost găsite la bolnavii psihici ca fiind mai mici cantitativ decât la normali.* La nevrotici, de exemplu, s-a constatat că scade atât mărimea, cât și densitatea și interconectarea dintre membrii r.s. Rețeaua socială include, deseori, persoane semnificative care locuiesc la distanță și cu care se văd rar, iar relațiile interpersonale din rețea sînt, deseori, negative. Ei au mai puțini prieteni apropiați, mai puține contacte cu persoane din afara familiei. Membrii familiei rămîn principalele persoane ce constituie r.s., iar relațiile devin ambivalente și asimetrice.

Privitor la schizofreni s-a demonstrat că, în general au o r.s. slabă, redusă cantitativ și cu densitate scăzută. În cazul în care r.s. este mai mare, mai extinsă și mai complexă, prognosticul e mai bun, riscul de recădere fiind mai mic. (Această observație e concordantă cu opinia lui Strauss și Carpenter privitoare la factorii de prognostic). Dar, tocmai în cazul schizofreniei se relevă o problemă cheie, încă nerezolvată privitoare la împlinirea r.s. și suportului social în psihopatologie. Este oare aceasta un factor cauzativ sau o consecință a bolii latente și manifeste? Persoana care înainte de debutul clinic al schizofreniei avea puține relații sociale, o r.s. redusă, are evident un prognostic mai nefavorabil. Dar, oare, aceasta nu e deja o expresie a bolii inițial latente? Pe de altă parte, s-a putut constata la diverși bolnavi psihici (schizofreni, depresivi, alcoolici) că r.s. se deteriorează de-a lungul evoluției bolii. Este acesta doar un efect al bolii sau însăși evoluția negativă a bolii este condiționată de scăderea r.s.?

De la studiile privitoare la r.s. a persoanelor ce devin ori sînt pacienți ai rețelei de psihiatrie și care s-au referit mai ales la aspecte cantitative, s-a trecut, apoi, la studii privitoare la *suportul social*. Rețeaua de suport social se degajează în interiorul r.s. primare, definindu-se prin persoanele cu care individul întreține

relații continue și intime, cu care realizează „tranzacții” psihice, care răspund unor nevoi psiho-sociale proprii, care asigură un sprijin continuu (sau circumstanțial în condiții de criză) în perspectivă afectivă, instrumentală și materială.

Există multe definiții privitoare la această rețea de suport social care nu sînt suficient de congruente. Una din principalele probleme care se discută la ora actuală este faptul că nu e suficientă și semnificativă o evaluare globală, cantitativă (așa cum se realizează prin evaluarea r.s.), ci e necesară una mai analitică și diferențiată, adecvată cazului individual și problemelor sale. În anul 1985, Veil prezintă următoarea schemă sugestivă pentru r.s.s.

A Funcții	B Surse	C Mod de înțelegere
Suport în criză	● Partener ● Rude persoane	– obiectiv Tranzacții
suport psihologic Suport instrumental	● Prieteni ● Etc.	– subiectiv
Suport în viața de zi cu zi		

Diferența între r.s. și r.s.s. constă, pe de o parte, în faptul că ultima e subsumată primeia și că nu se referă la aspectul cantitativ, ci la cel relațional de suport și sprijin. Iar, pe de altă parte, în faptul că rețeaua de suport social, în mod definitiv, îndeplinește anumite funcții, satisface anumite nevoi ale individului. Din această perspectivă, în raport cu fiecare caz trebuie să se răspundă la următoarele probleme: 1) Ce funcții sînt îndeplinite de către r.s.s. respectivă? Cine le îndeplinește? Cum sînt ele înțelese?

Funcțiile pe care o rețea de suport social le îndeplinește au fost împărțite, relativ schematic, în funcții de *suport instrumental* și *psihologic-emoțional*. Suportul instrumental constă în sprijinirea unui individ în rezolvarea unor probleme concrete, practice, în mijlocul vieții sociale, fie că e vorba de viața de zi cu zi, fie că e vorba de situații mai deosebite, de criză (evenimente deosebite, pierderi, schimbări în profesie, îmbolnăviri etc.). Ajutorul poate fi dat prin facilitarea unor relații sociale, a acceselor la diverse foruri, prin reprezentare, co-acțiune, acțiune substitutivă, informațional

și material, financiar etc. Prin suportul instrumental acordat se rezolvă o sarcină exterioară, se rezolvă o problemă pentru pacient. El corespunde unei anumite strategii de „coping”. E de menționat că dacă majoritatea instrumentelor de cercetare psihiatrice ale r.s.s. nu analizează suportul „material”, programul O.M.S. îl menționează. Iar acest suport material poate fi, la rîndul său, definit ca suport locativ, financiar, de „avut” indispensabil etc. Oricum, suportul „instrumental” se dovedește a fi important atît pentru schizofreni, cît și pentru schizoizi, diverse personalități dizarmonice, depresive, nevrotice și, în general, pentru orice bolnav și handicapat psihic.

Celălalt aspect se referă la suportul „psihologic-afectiv”. Aria acestuia este foarte largă și insuficient de conceptualizată. Ea cuprinde aspecte cum ar fi: prezența unui confident, a șansei comunicării intime, a încrederii în altul, a sentimentului că altul te poate sprijini, situația de a putea să comunici aspecte intime altuia, de a te exprima și a te descoperi sufelește fără controlul obișnuit în situații publice, sentimentul că ești iubit, stimat, apreciat, faptul de a fi încurajat, de a avea încredere în altul, de a avea cu cine să te sfătuești etc. Toate aceste aspecte relaționale sînt importante în viața de zi cu zi a fiecărui om, dar mai ales în situații de criză. Tranzacțiile cuprinse în suportul psihologic conțin schimbarea unor parametri intrapsihici cum ar fi: dispozițiile, atitudinile sau procesele cognitive. Acest tip de suport răspunde altor strategii de „coping”, mai ales în condiții de stress. De exemplu, prin adaptări interioare cognitive sau emoționale, prin obișnuire, relaxare, negare. Se pare că pentru depresivi acest tip de suport emoțional este foarte important. Desigur, și la acest nivel se pune problema „comunicării”, a „informării” (exprimate și obținute), dar în altă manieră decît în cazul suportului instrumental. Sprijinul „material” este inclus mai puțin în această clasă. Acum, joacă un rol important aspecte cum ar fi susținerea și întărirea stimei de sine, a respectului și încrederii în sine etc.

Atît suportul instrumental-material, cît și cel psihologic-afectiv, se desfășoară, pe de o parte, continuu iar, pe de altă parte, în situații deosebite, de „criză”. Nu, totdeauna, aceleași persoane intervin ori sînt solicitate în cele două împrejurări. Uneori, e mai importantă familia iar, alteori, prietenii sau colegii de muncă. În ambele împrejurări r.s.s. joacă atît un rol general

protectiv și stimulat (întreținere și stimulare a existenței firești, sănătoase, pozitive), cât și un rol de „tampon” față de stressori. S-a apreciat, la un moment dat, că funcția de „tampon” joacă un rol important pentru sănătatea generală și pentru cea psihică în special, mai ales în situațiile de criză. S-a relevat faptul că omul trăiește, uneori, lungi perioade de stress psiho-social în care „tamponul” realizat de către s.s.s. trebuie să fie zilnic pe o perioadă îndelungată. Un suport continuu poate crește integrarea socială a individului și prin aceasta crește stima de sine, sentimentul de securitate, modificând astfel personalitatea. În acest mod, indivizii sînt mai puternici, mai capabili de a suporta experiențele de stress. Deci, suportul continuu ajută, indirect, individul aflat în situații de criză. O altă problemă care nu a fost pînă în prezent suficient conceptualizată se referă la faptul că însăși factorii r.s.s. (de exemplu, membrii semnificanți ai propriei familii) pot fi în același timp și surse de stress psiho-social prelungit. Acest lucru este de mult timp cunoscut și evidențiat de psihopatologie, figurînd ca element al etiopatogeniei stărilor reactive și nevrotice, al stărilor depresive etc. Și, mai ales, el a fost sistematic evidențiat și studiat pentru schizofrenie de către Școala engleză care a subliniat rolul familiei cu „expresie emoțională” crescută în recăderea și rein-ternarea acestor bolnavi. Totuși, acest aspect problematic nu a fost încă coerent integrat în teoria generală a r.s.s.

Pentru psihopatologia clinică apare ca importantă relația dintre suportul social (incluzînd eventuala „presiune a contextelor sociale și grupale”) evenimentele de viață stressante (E.V.S.) și rezistența sau vulnerabilitatea persoanei, inclusiv capacitatea ei de coping. Aceste elemente se constituie într-un fel în axe inter-conectate în etiopatogenia psiho-socială a instalării stărilor psihopatologice și a recăderilor. Despre relațiile cu capacitatea sa de „coping” s-a discutat mai sus. (Schema 26, p. 405).

Privitor la relațiile cu E.V.S. se consideră, în general, că o r.s.s. bună și puternică e protectivă, iar una slabă sau absentă vulnerabilizează persoana la E.V.S. Totuși cercetările empirice nu sînt numeroase. Multe dintre E.V.S. produc schimbări în r.s.s. S-a constatat că dintre cele 53 E.V. a scalei Holmes-Hare 45 sînt de acest tip. Ceea ce invită la o analiză mai amănunțită.

Perspectiva r.s.s. e originală deoarece presupune o echivalență potențială între membrii unor sisteme de relație aparent

diferite. Rămîn, însă, cîteva probleme insuficient conceptualizate și modelate în perspectiva relevanței. Dintre acestea mai menționăm importanța rolului și statutului social, care induce și determină relații de suport cel puțin instrumentale. Ele nu depind direct de persoană și variază în raport cu acest statut și rol.

De remarcat că nu există o certitudine asupra faptului că r.s.s. pe care și-o reprezintă subiectul corespunde realității obiective. Această discrepanță poate să crească mult în situații psihopatologice. Ceea ce crede și răspunde la un chestionar un schizofren sau un depresiv privitor la persoanele care, după părerea sa l-ar ajuta sau în care resimte un sprijin constant, poate fi o opinie mult deformată de starea malativă. De aceea, s-a imaginat că pe lângă interviuarea pacientului să fie chestionat cel puțin un membru semnificativ al r.s.s., indicat de acesta. De asemenea, se studiază în prezent variația în timp a opiniilor unui pacient prin chestionarea lui succesivă. (De exemplu, un depresiv în perioada spitalizării și la 3-6 luni după externare). Se consideră că opinia subiectivă a pacientului chiar dacă e parțial deformată are însemnătate deoarece reprezintă credințele sale în sprijinul pe care poate conta (factor motivațional important).

R.s.s. variază și în funcție de tipul caracterial al persoanei. De aceea, ea nu trebuie definită abstract; elementul cantitativ nefiind, totdeauna, semnificativ. Sînt persoane care au tipologic-caracterial o mare nevoie de contact și relație socială și persoane care au nevoie de puține relații, dar intime și de încredere. *De aceea, r.s.s. trebuie definită pentru fiecare persoană și în funcție de tipologia sa, de nevoile sale, de reprezentările și cerințele sale de relaționare socială.* Veil caracterizează r.s.s. ca o punte între nevoile individuale și existența socială efectivă.

R.s.s. joacă un rol însemnat în apariția bolilor psihice, în protecția față de acestea, în evoluția cazului. Acest rol se cere încă clarificat prin studii sistematice, cu instrumente adecvate. Există date care sugerează că o r.s.s. redusă înainte de îmbolnăvire (de exemplu, în schizofrenie sau depresie) indică un prognostic mai nefavorabil. Evaluarea r.s.s. are importanță în perspectiva terapeutică. Astfel, pentru schizofreni lărgirea r.s.s. prin acțiuni medico-sociale (hosteluri, cluburi, antrenament social, terapie familială ș.a.) poate ameliora perspectiva evolutivă, diminuînd recăderile. Pentru depresivi se pare că ar fi utilă o psihoterapie de

întreținere, psihoterapeutul aducînd un element în plus de intimitate în r.s.s. deficitară pe care acesta o are. Pentru orice suferind psihic creșterea r.s.s. poate ameliora prognosticul. Acest lucru se poate realiza, însă, doar în sinergie cu creșterea abilității de a face față problemelor existențial-sociale (coping). Orice psiho-socioterapie trebuie să țină seama și de „diagnosticul” r.s.s. Dar, cum se realizează, în mod pertinent, un astfel de diagnostic? Și aceasta este o problemă care trebuie să intereseze psihiatrul și psihopatologul zilelor noastre.

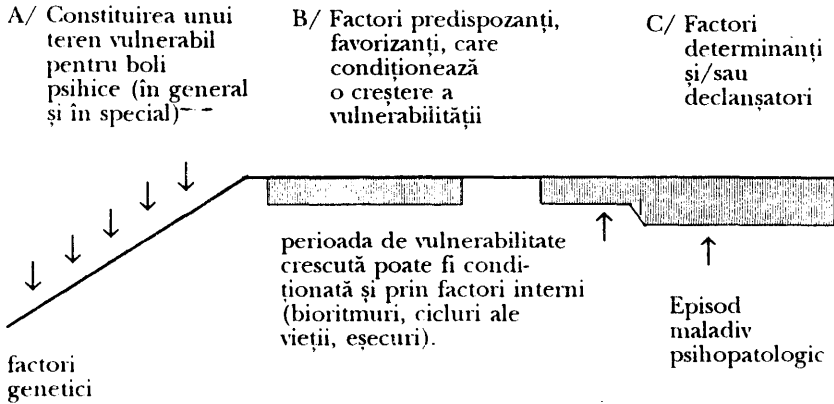
DETERMINISM ÎN PSIROPATOLOGIE

Determinismul stărilor psihopatologice a fost comentat tradițional din trei perspective:

1. Condiționarea tulburărilor psihice prin suferințe organice cerebrale;
2. Condiționarea „endogenă” a episoadelor psihopatologice;
3. Condiționarea tulburărilor psihice prin factori psihosociali.

Dacă ne concentrăm atenția asupra unui „episod maladiu psihopatologic” (EMP), atunci putem comenta faptul că acesta apare la un moment dat al vieții unui om prin acțiunea unor noxe ce interacționează cu particularitățile terenului. Terenul, fondul de personalitate, la rândul său, poate fi mai mult sau mai puțin vulnerabil pentru o anumită patologie psihică, aflându-se în plus într-un moment de viață cu vulnerabilitate crescută. Așa cum am menționat teoria vulnerabilitate/stress caută să înlocuiască conceptul mai vag de determinism endogen. Noxele, „fizico-organice” și cele „psihosociale” pot interveni pe de o parte cumulativ, de-a lungul ontogenezei, în condiționarea constituirii terenului vulnerabil și a predispoziției pentru tulburări psihice. Pe de altă parte, ele pot interveni și ca factori determinanți sau declanșatori ai episodului actual.

Influențe fizico-organice și psiho-sociale.



Factorii care participă la condiționarea unui teren personalistic vulnerabil – și care au fost comentați în capitolul precedent, – pot interveni și în determinarea unor tulburări psihice tranzitorii în cursul personogenezei precum și a unor defecte personalistice grave, ca oligofrenia și autismul. Și la fel la condiționarea constituirii unor personalități particulare sau disarmonic-psihopate. Dacă în continuare ne vom concentra atenția asupra cauzelor determinante sau declanșatoare a episoadelor psihopatologice actuale (primul episod sau o recădere) nu pierdem din vedere aspectul de ansamblu al problemei menționat mai sus.

1. PERTURBĂRI ORGANIC CEREBRALE CE STAU LA BAZA EPISOADELOR PSIHOPATOLOGICE

La acest nivel ne vom referi doar la episoadele psihopatologice și tulburările de tip malativ (de tipul „bolii”) care sînt incluse în nosologia psihiatrică. Nu uităm, desigur, faptul că factorii genetici joacă un rol important în constituirea unei persoane vulnerabile, faptul că suferințe sechelare ale S.N.C. se întîlnesc frecvent la persoane care în cadrul disontogenezei ajung la un defect psihic grav (oligofreni în primul rînd, dar și unele cazuri de autism infantil). De asemenea, vulnerabilitatea de fond pentru boli psihice poate include „markeri” biologici în sens de dismetabolism și chiar morfologici cum ar fi lărgimea crescută a ventriculilor laterali la unele persoane vulnerabile pentru schizofrenie. Menționăm și faptul că *în timpul* fazelor acute ale psihozelor endogene se constată variate perturbări cerebral-funcționale (în neuro-transmisie, în irigarea unor zone ale creierului, în desfășurarea unor bioritmuri); tulburări ce pot persista și în faza defectuală.

În continuare, ne vom rezuma la o scurtă trecere în revistă a unor suferințe organice-cerebrale care condiționează – ca fenomene secundare – tulburări psihopatologice. Acestea acționează prin modificarea directă sau indirectă a funcționării encefalului și pot fi astfel diferențiate:

1.1. **Tulburări somatice globale** sau cu diverse localizări extracerebrale care acționează secundar asupra encefalului, înțeles ca organ al corpului persoanei.

1.2. **Tulburări primare** la nivelul encefalului.

1.3. **Modificări somatice** care perturbă procesul de obținere, receptare și prelucrare a informațiilor prin afectarea organelor

senzoriale sau a unor sectoare ale S.N.C. Desigur, este importantă vârsta la care acționează noxele organice și, mai ales, dacă ele intervin în cursul ontogenezei înainte sau după apariția și manifestarea unei funcții psihice.

Este necesar să se diferențieze între:

- Perioada în care o anumită noxă acționează direct asupra creierului (fie că e vorba de o fază acută, fie de o acțiune prelungită ori chiar cronică, cum se poate întâmpla în unele infecții, intoxicații sau stări dismetabolice;

- Perioada reziduală ce urmează imediat acțiunii directe a unor noxe asupra creierului și constă, de obicei, din manifestări tranzitorii nespecifice (astenie, labilitate emotivă etc);

- Perioada sechelară, caracterizată prin stări defective definitive ce se instalează ca urmare a acțiunii unor noxe organice asupra creierului.

1.1. TULBURĂRILE SOMATICE GLOBALE cu acțiune secundară asupra encefalului se pot desfășura în diverse modalități. De exemplu, în cazul unei infecții grave cu localizare necerebrală funcționarea creierului poate fi influențată negativ prin febră, tulburări de oxigenare, produși toxici derivați de la agentul patogen, perturbarea metabolismului intermediar etc. Insuficiența aportului necesar de substanțe (apă, minerale, vitamine, aminoacizi, calorii etc). poate determina perturbarea diverselor aspecte ale metabolismului, funcționarea diverselor organe și, indirect, a S.N.C.

Uneori, se pot decela intoxicații cu substanțe care au efect direct sau indirect asupra creierului. Acestea pot fi acute (involuntare sau voluntare), cu diverse medicamente, cu substanțe psihoactive (psihodisleptice), cu ciuperci etc. Sau, pot fi cronice, așa cum se întâmplă în intoxicații profesionale (cu Pb, As, etc). În cazul intoxicației prelungite cu substanțe psihoactive un rol particular îl joacă „toxicomaniile” ori situațiile de consum îndelungat de drog de dependență psihică și fizică.

Activitatea creierului poate fi modificată prin disfuncții endocrine sau prin tulburări de oxigenare și dismetabolice care apar în cadrul suferinței diverselor aparate și organe (ficat, cord, rinichi etc). Aceste tulburări determină, de obicei, o suferință

cerebrală difuză și condiționează (în faza acută) apariția unor sindroame din grupa tulburărilor cîmpului de conștiință, dar fără simptome neurologice de focar.

1.2. TULBURĂRI PRIMARE la nivelul encefalului. Ele presupune o stare disfuncțională și/sau lezională la nivelul creierului indiferent de starea restului organismului. În unele cazuri suferința poate fi concomitent cerebrală și general corporală, așa cum se petrece în unele traumatisme sau infecții. În cazul tulburărilor primar encefalice contează localizarea leziunilor și manifestărilor care apar prin iradierea la distanță, pornind de la un focar lezional cerebral. Putem menționa:

- Tulburări consecutive traumatismelor craniene care pot fi de tip emoțional fără leziune focală sau de tip contuzional (eventual cu lezarea multiplelor straturi anatomice). Se diferențiază perioada acută, subacută și cea sechelară.

- Infecțiile cu localizare cerebrală pot fi difuze, iar „semnele de focar” sînt, deseori, prezente. În cazul infecțiilor cu evoluție prelungită (de exemplu, cu spirochetă palidum în faza terțiară sau cu virus lent) semnele neurologice de focar apar și se agravează progresiv.

- În tumorile cerebrale manifestările psihopatologice sînt, pe de o parte, expresia sindromului de hipertensiune intracraniană (cînd acesta există) iar, pe de altă parte, a localizării tumorii.

- Tulburările psihice din cadrul bolii epileptice se referă la:
 - cele din timpul crizei epileptice (acestea sînt mai complexe în cazul localizării temporale a focarului);

- tulburările episodice (ce apar periodic, cu durată de cîteva zile sau săptămîni, cîstînd în disforie, stări subconfuzive sau delirant-halucinatorii);

- tulburările persistente, dintre care mai importante sînt modificarea caracterială și deficitul de randament intelectual.

- În cazul proceselor abiotrofice cerebrale, de tipul Bolii Alzheimer și a altora, etiopatogenia este complexă, neunivocă, iar moartea neuronală poate cuprinde predominant anumite zone cerebrale, cu evoluție progresivă spre demență și exitus.

1.3. MODIFICĂRI SOMATICE. Tulburările corporale care perturbă fireasca desfășurare a fluxului informațional pentru un individ dat sînt mai însemnate în prima și a treia perioadă a

vieții. Aici se încadrează deficitale senzoriale (reducerea sau absența văzului, a auzului) tulburările de motricitate (privitoare la mers, la capacitatea de a realiza diverse praxii), deficiențele de comunicare (de expresivitate, vorbire, scriere, citit, etc.). Ele sînt, de regulă, consecința unor boli somatice care afectează diverse sectoare ale corpului în general și ale sistemului nervos în special. În primă instanță, acestea apar ca deficite care joacă un rol în obținerea și prelucrarea informațiilor, în socializare, în dezvoltarea și afirmarea persoanei conștiente, putînd condiționa, în mod secundar, tulburări psihopatologice variate.

Perturbarea organismului în general și a creierului în special (primar sau secundar) poate condiționa apariția unor variate tablouri (configurații sindromatice) psihopatologice. Unele sînt mai specifice condiționării „organice”, pe cînd altele sînt relativ nespecifice. De altfel, se consideră că noxele organice pot determina cele mai variate tipuri de tulburări psihice adică, practic, oricare din cele cunoscute. În legătură cu această teză a apărut ideea ierarhizării stărilor psihopatologice clinice în ordinea:

- condiționare organică;
- condiționare endogenă;
- condiționare psihogenă.

Conform acestei idei, prezența evidentă a unei suferințe somatice (generale sau afectînd direct encefalul) exclude restul categoriilor nosologice. După cum prezența unei patologii ce poate fi etichetată ca endogenă ar exclude pe cea de tip psihogen.

Ca tulburări relativ specifice condiționării organice ale suferinței psihiatrice se menționează de obicei:

- Pentru faza acută denivelările vigilenței conștiente (ale cîmpului de conștiință) însoțite de dezorientare (de exemplu, delirium). În faza subacută se înregistrează tulburări dismnestice (de tip sindrom Korsakov etc.), labilitate emotivă, astenie, iritabilitate, instabilitate etc. Pentru faza sechelară sînt de menționat: tulburările caracteriale (mai ales cele dominate de explozivitate, egocentrism anetic), tulburări ale „funcțiilor instrumentale”, precum și deficiența funcțiilor inetelective, fie că e vorba de o

oprire în dezvoltarea intelectuală (oligofrenie), fie de o deteriorare predominant intelectuală a persoanei (demență).

Alte sindroame psihopatologice ce pot fi prezente în faza acută ori subacută sînt depresia, halucinațiile, delirul (din seria psihotică) și astenia, explozivitatea, labilitatea emotivă, instabilitatea psihomotorie (din seria nevrotică).

Determinismul organic-cerebral se articulează strîns cu cel psihosocial în foarte variate modalități. Uneori, se înregistrează o concomitență. Astfel, în cazul unor accidente majore, individul poate suferi în egală măsură în urma traumatismelor corporale (inclusiv cerebrale) și a psihotraumei situaționale trăite. Alteori, e vorba de o modificare continuă sau tardivă a condițiilor psihice de viață ce se articulează cu o noxă somatică. De exemplu, un copil care a suferit un traumatism cranian prin accident de circulație poate ajunge în situația de a fi supravegheat excesiv de părinți, care-i interzic să se mai deplaseze liber în afara casei. Sau un copil cu crize epileptice se vede îngărdit de multiple interdicții și, uneori, este rejectat de ceilalți copii și profesori, hiperprotejat de părinți, trăind sentimentul penibil că poate face oricînd o criză.

Un alt aspect îl constituie situația de om bolnav (somatic), care induce stări psihice deosebite: de dependență, anxietate, depresie, nemulțumire, revoltă, epuizare, etc. Mai ales în cazul unor boli prelungite starea psihică a individului este influențată net de situația lui de bolnav. Disabilitățile de relaționare și handicapurile sociale induse de orice boală serioasă sau prelungită au și ele un impact asupra stării psihice a pacientului. Astfel încît, s-ar putea afirma că subiectul reacționează, uneori, psihopatologic, la însăși situația de om bolnav somatic sau psihic. Acest fapt este comentat în ultimul timp și din perspectiva tulburării reactive a persoanei față de o boală psihică invalidantă (situație codificată în I.C.D.-10).

2. INFLUENȚE PSIHO-SOCIALE ASUPRA PERSONEI ÎN PERSPECTIVĂ PSIHOPATOLOGICĂ

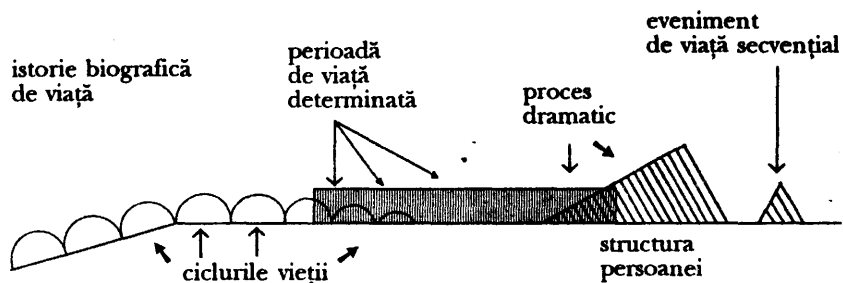
Contactul și interrelația continuă cu lumea umană, cu alte persoane, cunoștințele vehiculate prin limbaj, împreună cu normele și valorile corespunzătoare, sînt esențiale pentru formarea și existența normală a persoanei. În perioada personalității aceste interrelații și ansamblul influențelor psiho-sociale joacă, în primul rînd, un rol formator. În perioada adultă ele permit îmbogățirea și afirmarea individului, realizarea lui. Adultul se modifică mereu, iar evenimentele succesive pe care le trăiește în cursul istoriei de viață, a biografiei sale, modelează continuu structura sa, în sens pozitiv. În raport cu aceste influențe de fond, formative și constitutive ale existenței personale, evenimentele și influențele psiho-sociale pot condiționa și stări mai deosebite, anormale și patologice. Atît în perspectiva vieții obișnuite, cît și în cea a psihopatologiei, un rol mai evident îl joacă interrelațiile dintre subiect și alte persoane mai mult sau mai puțin apropiate sufletește de el. Aceste interrelații se desfășoară în cadrul principalelor cicluri ale vieții: familial, instructiv-profesional, locativ-gospodăresc, și social. Celelalte aspecte ale lumii umane cum ar fi cunoștințele, normele și valorile, sînt de obicei mediate prin intermediul acestora. În cadrul unei analize a influențelor psihosociale asupra individului trebuie avut, însă, în vedere ansamblul contextului uman în care se realizează interrelațiile sale cu societatea în cultura dată.

Se vor evidenția în continuare cîteva aspecte metodologice ale înțelegerii influențelor psiho-sociale în psihopatologie:

1. Este utilă distincția dintre „*evenimentul de viață*” *secvențial* și o „*perioadă de viață*” mai lungă. „Evenimentul” este, de

obicei, trăit cu intensitate și are o dinamică în timp evidentă: un început, un punct culminant și o încheiere. Perioada de viață e în mare măsură lipsită de această structură interioară și se caracterizează prin stilul de existență care depinde de statutele și rolurile persoanei, de rețeaua socială în care subiectul e implicat și de toate caracteristicile „nișei ecologice” în care el există într-o anumită perioadă de timp. Între „eveniment” și „perioadă” de viață există, desigur, zone intermediare, atât în perspectiva duratei, cât și a dinamicii interioare. Pot fi astfel menționate „procesе dramatice active” ce se desfășoară de-a lungul unei perioade mai îndelungate. În toate aceste cazuri subiectul are în spate istoria sa biografică înmagazinată în structura persoanei sale. Și, de asemenea, el se află mereu într-o anumită perioadă a ciclurilor vieții sale:

Schema 12



2. În contextul trăirii evenimentelor, a proceselor dramatice, a perioadelor de viață mai scurte sau mai lungi sau a întregii biografii a unei persoane, se poate detașa un aspect al „influențelor psiho-sociale externe” (care, desigur, se realizează prin intermediul relațiilor interpersonale). Aceste „influențe” reprezintă doar o fațetă a existenței persoanei ce se caracterizează în egală măsură prin *intenționalitate*. Adică, prin căutare, solicitare, pretenție, acțiune etc. Contactul interpersonal-social îi poate oferi sau pretinde individului o serie de lucruri. Dar și individul solicită și pretinde ceva celorlalți și acționează astfel încât induce evenimente și determină mai multe sau mai puține feluri de

desfășurare a existenței altora. Acest aspect activ și interacțional trebuie avut tot timpul în vedere atunci când metodologic încercăm să evidențiem ceea ce am numit „influențe psiho-sociale”:

*Persoană
intenționalitate*

nevoi, dorințe, pretenții, intenții, căutări, solicitări, scopuri, obiective și comportamente deliberate pentru atingerea acestora, sens existențial, aspirații.

*Lume umană, influențe
psiho-sociale*

oferte diverse (și sfaturi) solicitări (realizate de alte persoane sau în context transpersonal), îndemnuri, rugăminți, provocări, întrebări, pretenții: obligații, interdicții, chemări aspirative.

3. O altă distincție metodologică este cea dintre supra-stimulare și substimulare. Prin *suprastimulare* psiho-socială s-ar putea înțelege oferte, solicitări și pretenții (presiuni) crescute din partea ambianței sociale proxime, care amplifică nivelul emoțional al relațiilor interpersonal-sociale, efortul necesar pentru realizarea sarcinii și încărcătura responsabilităților. Subiectul receptează și înțelege aceste oferte, solicitări și pretenții, le acceptă asumându-și-le cu un consimțământ mai mare sau mai mic, mai mult sau mai puțin liber. E posibilă și *autosuprasolicitarea* prin autoangajare în multiple acțiuni și responsabilități importante datorită unei expansivități caracteriale, a unui complex motivațional care dinamizează subiectul spre afirmare socială și creșterea stimei de sine. Un aspect special al suprastimulării este și „tensiunea psihică prelungită” din cadrul conflictului subiectului cu alții și cu sine însuși despre care se va vorbi în continuare.

Prin *substimulare* s-ar putea înțelege oferte, solicitări și pretenții scăzute din partea ambianței. Substimularea poate fi condiționată de absența sau indiferența persoanelor apropiate și a mediului uman din nișa ecologică a persoanei, de defecte corporale (senzoriale și motorii), care blochează accesul la informare și comunicare, de dificultatea sau incapacitatea de înțelegere și de motivația subiectului ce conduce la o poziționare atitudinală prin care el evită relațiile și situațiile stimulante. Ca și în cazul suprastimulării rolul subiectului este important prin particularitățile sale tipologico-caracteriale, prin intenționalitatea sa, dar și prin felul în care evaluează situația, prin capacitățile și abilitățile sale de a face față situațiilor solicitante interpersonale

sau în genere problematice. În măsura în care aceste capacități sînt reduse ori subiectul le resimte și le evaluează ca atare, el practică conștient sau preconștient conduite de evitare pentru a menține stimularea la un nivel compatibil cu resursele și abilitățile sale, putînd astfel ajunge în situația unei substimulări excesive. Oricum, atît suprastimularea, cît și substimularea, depind de particularitățile structurale și de intenționalitatea (inclusiv motivația) subiectului, de caracteristicile situației de viață în care acesta se află, în egală măsură în care depind de factorii psiho-sociali „externi”, independenți de subiect.

Domeniul subiectului			Domeniul influențelor psiho-sociale
Particularități structurale și intenționale – caracteristici cognitive (de evaluare) – tip temperamental-caracterial – tip moral – capacități-abilități – nevoi, proiecte, acțiuni – motivația	Perioadă, situație de viață în care se află subiectul	Libertatea subiectului – înțelegere – acceptare – decizie liberă – angajare – strategii de adecvare (conștiente, preconștiente)	Suprastimulare oferte solicitări pretenții Substimulare

Deși comentarea influențelor psiho-sociale în termeni de supra și substimulare este generică (vagă, puțin diferențiată), ea poate fi utilă, permițând o anumită abordare și evaluare cantitativă.

4. Influențele psiho-sociale se realizează mai ales prin intermediul relațiilor interpersonale. În contextul ciclurilor vieții există o serie de legături interpersonale constante, la diverse nivele de intimitate și apropiere sufletească. Mai precis, în cadrul familiei (de origine și proprie), a grupului în care individul se instruește sau lucrează, a spațiului în care locuiește (alături de „intimii” și de vecinii săi) sau a diverselor legături sociale (de prietenie, partener de hobby, de comunitate religioasă sau activitate social-politică etc.). În capitolul precedent s-a menționat faptul că din cadrul acestor

grupuri se selectează persoanele care constituie rețeaua de suport social a pacientului.

În perspectiva influențelor psiho-sociale se cere evidențiat faptul că, uneori, din aceleași surse din care provine suportul social pot surveni și influențe stressante (acute sau prelungite), precum și satisfacții de viață. Uneori, e vorba de persoane diferite din același grup (familie, loc de muncă). Alteori, aceeași persoană realizează concomitent (sau succesiv) funcții contradictorii, cum ar fi: funcții de protecție și de stress sau de stress și satisfacție. În măsura posibilului aceste situații ambivalente din cadrul rețelei sociale proxime se cer evidențiate împreună cu opinia globală a subiectului privitor la ele. În rezumat, putem schematiza funcțiile rețelei sociale proxime în următoarele compartimente:

I	II	III	IV
mediu de desfășurare firească a existenței persoanei	funcție de suport	sursă de stress	sursă de satisfacții

5. *Problema trăirilor stressante.* Acestea constau din solicitări psihice intense și cu semnificație trăită negativă, nefavorabilă. *O solicitare intensă*, prin ea însăși poate fi considerată doar în sens restrâns și neutral un „stress”, conducând, cel mult la epuizare. De la acest nivel mediu ea poate să se definească atât în sens negativ (=stress negativ), cât și în sens pozitiv, ca împlinire sau satisfacție de viață. Toate aceste trei aspecte pot să fie prezente într-o modalitate *secvențială* (ca eveniment) sau într-una *persistentă* (ca perioadă de viață).



Trăirile stressante în sens restrâns (ca solicitare, presiune sau tensiune intensă), cele cu semnificație negativă (ca stress psihic negativ, în sens standard), precum și satisfacțiile de viață (corelate mai mult sau mai puțin cu solicitări și tensiuni psihice intense) depind, desigur, de influențe psiho-sociale exterioare persoanei. Dar, ele rezultă în cele din urmă și din nevoile și proiectele subiectului, precum și din felul în care persoana reacționează la aceste influențe, înțelege realitatea ce i se oferă și se angajează în raport cu ea. Și, la fel, din felul în care își formulează și își evaluează obiectivele, evenimentele și trăirile de pe parcurs, inclusiv rezultatele. Cu alte cuvinte, un rol important îl joacă structura și intenționalitatea persoanei (cu orientare de diverse amplitudini și în diverse direcții), la fel ca și judecarea lui evaluativă – cognitivă de pe parcurs.

6. Se poate identifica o împrejurare și o poziționare atitudinală predominant *pasivă*, în care persoana așteaptă să i se rezolve nevoile sau este surprins de unele evenimente ce induc trăiri și solicitări stressante. Și o împrejurare și o poziționare predominant *activă* în cadrul căreia subiectul se angajează el însuși în proiecte, întreprinzând acțiuni ale căror rezultat pozitiv determină satisfacție; rezultatul negativ constituindu-se ca un eșec ce are valoare de „stress negativ”.

7. O trăire stressantă poate fi mai mult sau mai puțin controlată de către subiect, în funcție de repertoriul strategiilor de raportare pe care le posedă și în funcție de suportul pe care el îl capătă din partea rețelei lui sociale proxime. În măsura în care nu determină o stare psihopatologică, respectiva trăire se poate „metaboliza” firesc în structura persoanei, evenimentul sau perioada de viață respectivă persistând în biografia lui ca amintire. Dar, această trăire poate influența subiectul și în perspectivă structurală, făcându-l mai sensibil, mai vulnerabil față de alte trăiri stressante ulterioare. După cum poate contribui și la modificări structurale mai importante, care se exprimă prin schimbarea opticii prin care interpretează și evaluează unele evenimente (prin modele atitudinale și comportamentale specifice).

Aceste influențe se pot cumula și potența de-a lungul timpului în variate modalități. După cum pot fi și compensate prin satisfacții de viață, odihnă și relaxare pozitivă.

În raport cu cele menționate mai sus, problematica trăirilor stressante și a satisfacțiilor de viață ar urma să fie comentată, interpretată și înțeleasă în următorul context:

Schema 13

Biografie	Moment de viață
<u>Structura persoanei</u> ↓ aspecte cognitive tipologie caracterială configurație morală capacități-abilități resurse personale și extrapersonale nevoi (dorințe, pretenții) motivații scopuri, sensuri, angajări, acțiuni ↑ <u>Intenționalitatea persoanei</u> <u>Rețea socială proximală</u> ↓ ca mediu de desfășurare firească a existenței ca suport social ca sursă de stress negativ ca sursă de satisfacții ↑ „nișă ecologică” umană specifică persoanei în cauză Valori umane generale implicate în existența subiectului	Vulnerabilitate de fond și circumstanțială determinată Solicitări intense, trăiri stressante negative a) solicitări intense (exterioare) afective, intelective și volitiv-acționale b) efort pentru controlul situațiilor solicitanțe, de readaptare, de rezolvare, de afirmare c) autosuprasolicitarea subiectului în raport cu propriile nevoi (dorințe, pretenții) și în general, în perspectiva propriei intenționalități d) tensiunea conflictului cu alții și a conflictului cu sine e) sensul pozitiv al trăirii situației și a semnificației deznodământului: pericol, pierdere, nesiguranță, eșec, frustrare. f) sens pozitiv al trăirilor și al deznodământului evenimentelor: satisfacții de viață.

Schema de mai sus permite să se reabordeze mai nuanțat cele deja comentate privitor la diferența dintre: trăirile cu sens negativ sau pozitiv (secvențiale sau persistente) și suprasolicitare (considerată în primă instanță doar din perspectivă enegetică). Aceste aspecte le prezentăm schematic și în tabloul următor:

Semnificație negativă	Semnificație firească	Semnificație pozitivă
-----------------------	-----------------------	-----------------------

Influențe psiho-sociale secvențiale

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ● psihotraume intense, neprevăzute ● evenimente, schimbări de viață solicitante, trăite negativ ● eșecul unor proiecte personale ● suprasolicitări și conflicte secvențiale | <ul style="list-style-type: none"> ● evenimente neprevăzute trăite intens, cu valoare pozitivă ● evenimente și schimbări de viață solicitante trăite pozitiv ● realizarea cu succes a unor proiecte personale ● echivalentul pozitiv al acestora |
|--|--|

Influențe psiho-sociale persistente

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ● conflicte prelungite (interpersonale și cu sine) ● suprasolicitări, eforturi prelungite ● eșecuri, schimbări de viață și psihotraume repetate și prelungite ● frustrări prelungite
epuizare energetică
creșterea vulnerabilității,
inducerea unor stări psihopatologice | <ul style="list-style-type: none"> ● armonie, mutualitate prelungită (interpersonală și cu sine) ● relaxare, odihnă prelungită, re-confortantă, tonifiantă ● echivalentul pozitiv al acestora ● satisfacții de viață constante
echilibrare și refacere energetică
susținerea non-vulnerabilității,
refacere, sănătate și echilibru mental |
|--|---|

O evaluare corectă a rolului psihopatogenetic a influențelor psiho-sociale presupune să se inventarieze existența într-o perioadă de timp (de exemplu 6 luni sau 2 ani) a modalităților de trăire menționate mai sus, trăite în mod independent sau combinate, cumulate, concomitent sau consecutiv. Doar un astfel de inventar cât mai exact (și corect interpretat fenome-

nologico-hermeneutic) ne poate ajuta să înțelegem instalarea și dinamica stărilor de dezechilibru sau de bine și împlinire psihologică.

Schema 15

Schemă a evaluării influențelor psiho-sociale într-o perioadă de viață

		Perioadă de viață evaluată = x luni, ani	
		Valoare	
		-	+
<i>nivel al solicitărilor</i>			
- solicitări pasive, epuizante (subiectul se simte obligat)	→		
- angajare prospectivă stimulantă în proiecte personale (subiectul se angajează liber - voluntar)	→		
<i>stressuri negative</i>			
- secvențiale: (psihotraumă, schimbare, eșec etc.)	→		
- persistente (conflicte, tensiuni, frustrări accentuate, anumite circumstanțe)	→		
<i>satisfacții de viață</i>			
- secvențiale (emoții și schimbări secvențiale pozitive, succes)	→		
- persistența (armonie relațională, satisfacerea nevoilor etc.)	→		
Bilanț interpretare	→		

În Anexa I (p. 408) e prezentat modul în care a fost pusă problema influențelor psiho-sociale în psihopatologia clasică germană, care ne oferă cel mai coerent model istoric. În continuare, vom insista asupra felului în care această temă este comentată în psihopatologia clinică actuală.

3. SCURT COMENTARIU ASUPRA TIPURILOR DE INFLUENȚE PSIHO-SOCIALE STRESSANTE

INFLUENȚE PSIHO-SOCIALE NEGATIVE SECVENȚIALE

1. Psihotraume. Acestea sînt evenimente solicitante (stressante) acute care apar neprevăzut și impresionează puternic subiectul, generînd de la început o stare de emoție intensă cu modificări ale nivelului de vigilitate și a funcționării corporale (mai ales în perspectivă neuro-vegetativă și umorală). Subiectul trebuie, desigur, să perceapă și să înțeleagă semnificația evenimentului în care e angajat, iar acesta să-l afecteze intens. Prin semnificația lor, unele tipuri de evenimente pot fi psihotraumatizante în mod nespecific pentru oricine le trăiește (=„reacții suprapersonale“ în comentariul lui Kretschmer), iar altele au o valență psihotraumatică strict idiosincrazică.

Ca „eveniment trăit“ o psihotraumă poate avea o durată scurtă (o veste nefavorabilă, o amenințare circumstanțială, o agresiune, un viol etc.), dar consecințele ei trăite pot fi prelungite. Într-o altă modalitate psihotrauma poate dura mai mult timp (zile, săptămîni) ca în cazul unor calamități naturale (inundații, naufragii, cutremure, accidente de muncă etc.) ori socială (revoltă cu reprimare, violență, atac cu urmărire etc.). În aceste cazuri se cere a se lua în considerare și influența exercitată de co-participanții la suferință, de epuizare bio-psihică, de eventualele leziuni corporale concomitente însoțite de dureri etc.

2. Evenimente și schimbări de viață (E.S.V) mai mult sau mai puțin previzibile, care angajează mai mult sau mai puțin intenționalitatea și responsabilitatea pacientului determinînd schimbări

în statutul și rolul lui social, în rețeaua lui socială proximală și în patternul de responsabilități și obligații de a face față unor situații problematice noi. Acestea implică un efort de readaptare la o nouă structură și un nou nivel de solicitări psiho-sociale, de obicei, crescut. Schimbările de viață sînt echivalate, deseori, cu „evenimentele de viață” (E.V. și L.E. „Life Events” în engleză), deși acest ultim termen ar trebui, poate, rezervat acelor schimbări care se produc mai brusc, fiind nu doar solicitante, ci și impresionante pentru subiect.

Între psihotraume și schimbările de viață (sau E.V.) există, desigur, diferențe, dar și apropieri și întrepătrunderi. De exemplu, moartea neprevăzută a unei persoane apropiate, o retrogradare neașteptată, pierderea unei mari sume de bani, leziunile corporale sau mutilări rezultate dintr-o agresiune în scop de jaf, violul pentru o fată, etc. Toate aceste situații induc atît o trăire intens psihotraumatizantă imediat, cît și o schimbare de viață stressantă, care presupune un efort prelungit de readaptare la noua situație.

Schimbările de viață se articulează în mare măsură cu schimbările din rețeaua socială primară a subiectului. Dar și cu modificări de statut social care pot fi temporare (de exemplu, căsătoria, nașterea unui copil, promovarea în funcție). Uneori, modificările sînt minore, cantonate, de exemplu, în spațiul familiei (aparitia unui nou membru în familie) sau majore (de exemplu, emigrarea). Aceste schimbări de viață trebuie înțelese și în perspectiva ciclurilor obișnuite ale vieții (școlarizarea, profesie, familie, copii, pensionare), precum și în perspectiva unor situații neobișnuite de viață (detenție, deportare, război etc.). Corelațiile dintre psihotraume și schimbările de viață personale pe de o parte și particularitățile existenței active ale persoanei pe de altă parte sînt multiple. Mai importante sînt următoarele probleme:

Independența schimbării. Psihotraumele sînt, în principiu, neprăvăzute și „surprind” persoana. La fel, sînt, așa cum am menționat mai sus, unele schimbări de viață care debutează prin psihotraume. Totuși, uneori, subiectul poate fi încunoștințat din timp asupra unui posibil eveniment cu valoare de psihotraumă și/ sau schimbare. Iar însăși așteptarea încordată a apariției acestuia (chiar a eventualității acestei apariții) poate determina o stare de tensiune stressantă mai mult sau mai puțin prelungită, cu posibile repercusiuni negative asupra stării psihice.

Într-o altă eventualitate, subiectul poate parțial *induce* el însuși evenimentul stressant ori schimbarea de viață respectivă. Adică, poate participa inconștient, preconștient sau chiar conștient la determinarea sa; pentru ca ulterior să „reacționeze” psihopatologic la consecințele și semnificațiile evenimentului respectiv. Faptul este mai evident la unele persoane dizarmonic-psihopate (histrionice, sociopate, suspicioase, impulsiv-explozive etc.). În aceste ultime cazuri, evenimentul psihotraumatic poate apare, deseori, chiar ca un „stil de viață”. De aceea, e important dacă s-ar putea evalua faptul „cât de puternic-impresionează” un astfel de eveniment subiectul; adică, *dacă într-adevăr îl afectează în profunzime* (în sensul dat de Minkowski expresiei „tuché”). Sau, eventual, nu-l afectează subiectiv semnificativ, problemele fiind importante pentru celelalte persoane implicate. Aceeași problemă se poate pune și pentru schimbările de viață ale unor persoane dizarmonic psihopate, care apar ca avînd o existență deosebit de instabilă și „frământată”. În aceste cazuri numărul crescut de evenimente de viață – raportat la o perioadă de existență – poate să nu aibă semnificația unei condiționări cauzale (prin cumul) a unui episod maladiv; de vreme ce ele sînt condiționate, induse predominant de însăși stilul existențial al persoanei. Bineînțeles, în fiecare caz se cere o analiză nuanțată. Nu e exclusă nici eventualitatea ca multiplele E.V. stressante induse de persoană să se repercuteze totuși negativ asupra ei, în cadrul unui cerc vicios, într-o anumită perioadă sau ciclu de viață.

Problema „independenței” poate fi nuanțată din perspectiva „*implicării*” persoanei în schimbările de viață. Se pot diferenția mai multe eventualități: E.V. apărut complet independent care surprinde subiectul; – E.V. despre apariția căruia individul știe, dar nu participă direct la instalarea sa – E.V. în pregătirea căruia individul e angajat direct fără însă ca el să fie factorul dominant sau neavînd responsabilitatea principală a apariției acestuia – E.V. în care responsabilitatea principală (și inținționalitatea) aparține în mod esențial subiectului. De exemplu, în ultima categorie ar intra multe dintre aspectele de bază ale ciclurilor vieții cum ar fi: intrarea într-un anumit program de pregătire profesională sau ocuparea prin concurs a unui anumit post, căsătoria, uneori „planificarea” unui copil. Dar și alte situații mai deosebite cum ar fi pregătirea și efectuarea deliberată a unei

infracțiuni chiar dacă individul, în mod evident, nu dorește procesul și reclusiunea ce urmează descoperirii acesteia și la care „reacționează psihopatologic“.

O altă problemă asupra căreia s-a insistat în literatură constă în identificarea E.V. „*neindependentă*“, care apar ca o consecință a dezvoltării bolii. De exemplu, concedierea în urma scăderii randamentului datorat unei depresii sau schizofrenii progresive, a demisiei pe care pacientul o înaintează singur; sau conflictele familiale și divorțul ce derivă dintr-un comportament de tip nevrotic sau alcoolic ce se accentuează progresiv. La fel ca în paragraful precedent, este evident că nu e de ajuns ca un „eveniment de viață“ (psihotraumă sau schimbare) să apară și să fie identificat. El trebuiește analizat și interpretat, descifrându-i-se semnificația pentru existența pacientului. Subliniem la acest nivel că importanțele progrese pe care le-a realizat psihopatologia clinică de inspirație empirică (anglo-saxonă) privitoare la *identificarea* cit mai riguroasă și nuanțată a E.V., după părerea noastră nu numai că nu anulează, ci reclamă în mod insistent articularea cu tradiția psihopatologiei de inspirație hermeneutică (psihanalitică și fenomenologică) care pretinde tocmai degajarea semnificației evenimentului trăit în perspectiva sensului existenței personale.

Un alt aspect se referă la modalitatea în care subiectul trăiește psihotraumele și E.V. Două probleme sînt mai importante:

– Prima se referă la *sensul trăirii, pozitiv sau negativ*. S-a constatat, deseori, că ambele au importanță pentru psihopatologie; așa încît majoritatea autorilor, deși țin la această diferențiere, subliniază necesitatea identificării și a evenimentelor pozitive.

– O a doua problemă, mai delicată, se referă la *intensitatea trăirii*, eventual la cuantificarea acesteia. Aceasta a fost o preocupare constantă a cercetătorilor care s-au ocupat de această problemă. De la început, Holmes și Rahe au elaborat (pe baza unor studii empirice ample) o scală a E.V., care avea pentru fiecare eventualitate un punctaj. Deși a fost mult aplicată și se mai aplică parțial această evaluare nu mai este unanim acceptată, ea presupunînd repetate validări transculturale și avînd dezavantajul de a ignora factorii personali și ai istoriei de viață. De aceea, s-a încercat evaluarea prin grade de intensitate a trăirii, apreciate

pentru fiecare eveniment trăit în împrejurări concrete de către o persoană dată. Tipul evenimentului nefiind definitoriu doar prin el însuși. În DSM-III se propune o scală cu șapte intensități, care este, însă, greu de aplicat și cu o mare incertitudine la evaluări; dovadă și raritatea studiilor privitoare la validitatea acestei scale. Majoritatea autorilor optează pentru două sau trei intensități de trăire (minim sau indiferent, mediu – puternic, foarte puternic). Evaluarea intensității trăirilor rămîne un fapt important, dar greu de cuantificat. Ea se bazează, în primul rînd, pe afirmațiile subiectului, care pot fi, desigur, corelate cu observațiile celor apropiați (care au fost și ei implicați în evenimentele respective); presupunînd în plus și opinia sau aproximarea pe care o face examinatorul. Acesta din urmă tinde, însă, de obicei să acorde o mare importanță evenimentelor care au lăsat o urmă psihopatologică decît celor care nu au lăsat. Evaluarea subiectivă a pacientului nu trebuie niciodată ignorată datorită factorilor ideosincrazici. Astfel – reluînd observația unui autor englez – pentru unii poate juca un rol important evenimente aparent banale, cum ar fi moartea unui cîine – la care însă individul a ținut foarte mult – iar pentru alții doar evenimente cu totul excepționale.

Un aspect esențial îl constituie listele de E.V. care includ – sau la care se adaugă – și psihotraumele neprevăzute. În toate listele clasice de E.V. sînt incluse de obicei psihotraumele; dar nu și frustrările, eșecurile și conflictele intrapsihice. Și aceasta se întîmplă deoarece ele sînt mai puțin „detectabile” din exterior. Sîntem de părere că într-un bilanț complet și comprehensibil aceste eventualități trebuie să fie și ele neapărat identificate. (anexa 2, p 412).

3. **Eșecul** rezultă din neîmplinirea unui *proiect de viață* pragmatic sau afectiv. De exemplu, nereușita la un examen de promovare, nerealizarea unui program de schimbare a cursului vieții, nevalidarea efortului depus pentru realizarea unei invenții, neîmplinirea în dragoste sau prietenie etc. Proiectul în cauză este considerat important pentru sine de către subiect care se angajează efectiv întru realizarea lui, făcînd eforturi importante în această direcție. Acest proiect, care are la bază o angajare liberă (deliberată) se desfășoară în timp, presupunînd efort, o anumită strategie, relații, colaborări și confruntări interpersonale etc. El

poate întâmpina obstacole, opoziții, intervenții neprevăzute, situații cărora subiectul trebuie să le facă față. De aceea pe parcursul desfășurării unui proiect de viață se evidențiază și se validează diverse capacități și abilități ale subiectului, atitudinile și principiile sale; concepția despre viață, lume și despre sine. Pe scurt profilul personalității. Pot interveni, desigur șanse, suport și sprijin neașteptat sau neșanse, întâmplări nefavorabile etc.

În perioada de început a angajării într-un proiect existențial, subiectul se mobilizează și își concentrează de obicei forțele și energiile, astfel încât el se află într-o perioadă de non-vulnerabilitate (scădere a vulnerabilității). Aceasta se menține dacă sensul proiectului evoluează pozitiv și dacă finalul constă într-o împlinire. Caz în care se obține și o satisfacție de viață. Dacă solicitarea a fost intensă, în final poate fi resimțită o epuizare, care însă, se poate reface prin relaxare, odihnă și satisfacții complementare. În schimb, dacă rezultatul este nefavorabil se trăiește *eșecul*, care are valoarea unui stress negativ ce crește vulnerabilitatea sau condiționează (singur sau prin cumul) apariția unei stări psihopatologice.

În desfășurarea unui proiect personal un rol deosebit îl joacă, în toate momentele, *aspectul cognitiv al evaluării*. În primul moment mai importantă e perspectiva autoevaluării propriilor capacități, în raport cu care se definește și nivelul de aspirație al subiectului. Din această evaluare rezultă fixarea adecvată sau mai puțin adecvată a obiectivelor în raport cu resursele disponibile, precum și angajarea în proiectul de acțiune. Într-un al doilea moment este importantă corecta evaluare a atitudinilor și aprecierilor celorlalți în raport cu propria persoană. În sfârșit, apare problema evaluării semnificației rezultatelor propriilor acțiuni. Și din această perspectivă sînt posibile supraevaluări și subevaluări.

Psihotraumele, schimbările de viață și eșecul sînt prin definiție trăiri secvențiale în sensul comentat în acest capitol. Următoarele aspecte ale trăirilor posibil stressante, pe care le vom comenta (conflictele, solicitările, frustrările), pot avea un mod de desfășurare acut, prelungit sau chiar cronic; fapt ce se cere precizat. Uneori, influențe psiho-sociale prelungite sau cronice (conflicte, frustrări) se accentuează circumstanțial.

4. **Conflictul** este o situație de tensiune, dezacord și confruntare ce se produce între subiect și altă persoană, un anumit grup social sau o anumită instanță socială. Dar, este posibil și conflictul cu sine însuși. Confruntarea pe care conflictul o implică îi conferă acestuia dimensiunea de suprasolicitare negativă, deri, stressantă. Partenerii conflictului exterior se regăsesc între personajele diverselor cicluri ale existenței personale: familial, instructiv profesional, locativ-vecinal, social. Esențial e faptul că aceste personaje, în calitate de parteneri, nu sînt indiferenți unul altuia, aflîndu-se într-o anumită legătură și interdependență. Dinamica conflictului conduce sau spre împăcare (deci, întărirea și adîncirea relațiilor interpersonale) ori spre despărțire, adică ruperea acestor legături în direcția indiferenței față de celălalt. Este posibilă și o cronicizare a stării conflictuale, cu mai multă sau mai puțină ambivalență; caz în care ne plasăm în categoria situațiilor stressante prelungite care interferează cu formula frustrare-satisfacție.

Un aspect special al trăirilor interpersonale-tensionate (conflictuale) îl constituie ceea ce autorii englezi au denumit „Expresie Emoțională (E.E) crescută” din cadrul unei familii, în raport cu un pacient. Studiarea acestei probleme s-a efectuat inițial doar cu privire la schizofrenie, extinzîndu-se, apoi, și la alte tipuri de boli. Expresia emoțională (E.E) este un construct teoretic definit operațional, care măsoară, cu o anumită metodologie, extinderea atitudinilor de tip critic, ostil, rejectiv și suprainplicat pe care le manifestă membrii unei familii față de pacient (se notează numărul comentărilor critice, tonul vocii etc.). S-a constatat că dacă un schizofren, în perioada imediată de după remisiune, petrece săptămînal mai mult de 35 de ore în contact direct cu o persoană cu EE crescut, șansa lui de recădere în următoarele 9 luni este foarte mare. Uneori, el dezvoltă inconștient strategii comportamentale pentru a reduce acest contact (doarme ziua, pleacă de acasă, etc.). Se pare că EE crescută apare ca o reacție a aparținătorilor față de comportamentul pacientului modificat în urma bolii (lipsă de inițiativă, neglijență, inactivitate, retragere socială). Ei nu-l consideră pe pacient bolnav și sînt nemulțumiți de faptul că nu-i pot corecta comportamentul. Unele studii invocă faptul că modelul comportamental de tip EE crescut pare a preexista în familie, fiind doar exacerbât în urma bolii. În

plus, el se exprimă, deseori, și în raport cu alte persoane decât pacientul. Dar, pentru acesta atitudinea respectivă e mai stressantă dată fiind capacitățile sale reduse de „coping“ (= a face față stressului).

Raportarea conflictuală față de instanțe suprapersonale este și ea solicitantă, stressantă. Ea poate conduce la satisfacția succesului (victoriei) sau la deziluzia eșecului. Tensiunea conflictuală prelungită cu astfel de instanțe poate depinde și de factorii personali, ca în cazul unor dezvoltări reactive prevalențiale.

Conflictul cu sine însuși în sens de dezacord (egodistonie și confruntare negativă cu sine, autojudecare, autoevaluare, negativă, autocondamnare) are, de asemenea, un aspect circumstanțial secvențial și unul prelungit. Primul se leagă de evenimentele trăite de subiect, de felul în care el a acționat în împrejurările respective (sau a intenționat să acționeze) și de judecarea evaluativă a subiectului în raport cu acestea. În perspectiva secvențială sînt prezente aceleași elemente: început „punere în scenă, moment culminant și final concluziv. Concluzia, „poate să aibă efecte prelungite prin consecințele sale (de exemplu: „sînt vinovat...“).

Conflictul intrapsihic (c.i.p.) prelungit poate să se coreleze cu anumite situații trăite (de exemplu, fapte pe care subiectul și le reproșează moral toată viața). Dar el, derivă mai ales dintr-un anumit stil de viață și din anumite aspecte structurale ale persoanei. Astfel, conduitele duplicitare obișnuite ale vieții umane – compromis, minciună, rea credință – pot fi depășite dificil de unele persoane, care nu le pot sintetiza și integra într-un sens pozitiv de viață, menținîndu-se o permanentă stare de nemulțumire de sine, de ego-distonie.

O altă sursă de conflict intrapsihic o constituie dezacordul subiectului cu propria lui identitate (biografică, tipologică și corporală). El poate fi nemulțumit de șansele pe care le-a avut în viață, de firea sa, de propriile slăbiciuni, de faptul că nu a avut curajul – sau nu a făcut efortul – pentru ca viața lui să aibă o altă traiectorie. Și, de asemenea, poate fi nemulțumit de statutul lui social, de performanțele sale, de reușita în viață, de felul în care este apreciat și sprijinit de către alții (sau, mai precis, de felul în care are impresia că este ajutat și sprijinit). Toate acestea induc o

stare de nemulțumire cronică care se poate traduce în creșterea agresivității, nemulțumire de sine, conflict cu sine însuși.

Persoana poate fi nemulțumită, apoi, de aspectul său fizic, de particularitățile sale pulsionale instinctive și chiar de identitatea lui sexuală. Dimensiunile prea mici sau prea mari ale corpului, obezitatea sau slăbiciunea excesivă, formele corporale etc.; toate pot condiționa „complexe” (de inferioritate) ca sursă de conflict intrapsihic. Gradul de masculinitate sau feminitate psiho-corporală a unei persoane poate fi în dezacord parțial cu sexul ei anatomic și oficial. Acest fapt poate fi acceptat în manieră ego-sintomă, dar poate fi și o sursă de conflict intrapsihic conștient sau neconștient. Aceste ultime particularități pot condiționa insatisfacții și tensiuni conflictuale în cadrul existenței în cuplu; conflictul devenind astfel și interpersonal.

În sfârșit, se cere amintită și perspectiva psihanalitică. Pentru Freud, există un potențial c.i.p. în orice persoană, rezultat din parcurgerea și depășirea insuficient de echilibrată a perioadei Complexului Oedip (în jur de 3-5 ani). Pentru Jung, c.i.p. rezultă din insuficienta realizare a *individuației*, adică a armoniei dintre complexul arhetipal principal ce caracterizează o persoană și realizarea sa existențială efectivă.

5. Solicitățile intense prelungite (emotive, intelective, volitiv-acționale) pot rezulta din obligația și necesitatea persoanei de a îndeplini anumite roluri și sarcini. Aceasta este o situație deosebită de cea a angajării într-un proiect cu sens, pe care subiectul dorește să-l realizeze pentru un scop personal pozitiv. Suprasolicitarea poate conduce la oboseală, la epuizare. Iar dacă rolurile și sarcinile îndeplinite sînt neplăcute sau nu corespund cu aptitudinile, nevoile și particularităților psihice ale subiectului, se poate vorbi, într-un sens mai exact, de un stress prelungit, la baza căruia stă și un conflict intrapsihic. Epuizarea și conflictul poate rezulta, de asemenea și din faptul că subiectul trebuie să îndeplinească concomitent mai multe roluri sociale, între acestea putînd exista tensiune și conflict.

6. Atmosfera psihologică nefavorabilă (în sens de nesiguranță, tensiune, pericol continuu) poate constitui, de asemenea, un factor de stress prelungit. O astfel de atmosferă poate rezulta din

caracteristicile ambianței umane proxime în corelație cu particularitățile persoanei în cauză.

7. Frustrări (versus satisfacții de viață). Frustrarea se referă la nesatisfacerea unei nevoi, în sens de dorință și pretenție legitimă pentru subiect, fapt care e trăit neplăcut, în registrul „stressului negativ”. Dorința e mai mult resimțită, pretenția este și formulată pe baza unei atitudini și justificări. Subiectul consideră că ceea ce cere i se cuvine, că are dreptul la acestea. Și, ca o consecință, că nu va fi cazul să insiste sau să lupte pentru acestea. De aceea, atitudinea lui e predominant pasivă, de așteptare. (Uneori, totuși, el poate să se manifeste mai activ; rezultatele pe care le obține depinzând de capacități și abilități). Frustrarea se referă, în esență, la o situație de durată, caracterizând viața persoanei o perioadă îndelungată de timp, în mod constant (sînt posibile, însă și frustrări acute).

În cazul în care nevoile sînt împlinite sîntem în fața unor *satisfacții de viață*. Ar fi posibil să se identifice și o situație intermediară între acestea din urmă și frustrări; situație care ar caracteriza existența firească a individului.

Pentru a evalua existența unei frustrări sau a unei satisfacții de viață e necesar să precizăm care e intensitatea unei anumite nevoi la o persoană dată; fapt ce face parte, pînă la un punct, din profilul său tipologico-caracterial. Desigur, această evaluare este în mare măsură subiectivă. Dar „nevoile” au și o cotă parte obiectivă pe care subiectul o trăiește în marginea conștientizării. În plus, persoana este caracterizabilă nu doar prin nevoile resimțite subiectiv, ci și prin exprimările și comportamentul lui obiectiv. Pentru problema care ne interesează la acest nivel este important să se identifice profilul personal al nevoilor (dorințelor, pretențiilor) în raport cu care urmează să se identifice situația frustrărilor și satisfacțiilor de viață ale subiectului în cauză. Această din urmă identificare se bazează pe evaluarea subiectului corelată cu observațiile persoanelor de care el este apropiat și de persoanele alături de care conviețuiește.

În continuare, se va prezenta o listă de nevoi (dorințe, pretenții) care sînt trăite și exprimate într-un anumit fel de o persoană dată și a căror împlinire sau neîmplinire conduce la satisfacții de viață sau frustrări. O evaluare a acestora e importantă

atît în perspectiva unor perioade mai îndelungate de timp, cît și în perioada care precede debutul unui episod, psihopatologic:

1) sexuale, alimentare, de asigurare a homeostaziei biologice;

2) temperamentale ca expansivitate/lentoare, particularități de bioritm;

3) curățenie, igienă personală;

4) intimitate corporală, pudoare;

5) intimitatea spațiului vital (locativ) personal;

6) intimitatea vieții sufletești (a secretului personal);

7) solitudine (a nu fi solicitat de alții, a fi lăsat în pace, singur cu sine însuși);

8) sociabilitate (de a nu fi singur, a fi în contact cu alții);

9) a fi condus, dirijat, dominat;

10) a fi protejat, asigurat (a se simți în siguranță);

11) nevoia de calm, liniște, de evitare a schimbărilor anxio-gene bruște și repetate;

12) a fi evaluat pozitiv, stimulat, valorizat, a se i se întreține stima de sine și încrederea în sine;

13) a fi ascultat și înțeles, crezut, acceptat în intimitate, confidențial;

14) a fi iubit, nevoia de tandrețe și delicatețe în relații, nevoia de mîngîiere, alint;

15) a conduce, dirija, a controla pe alții, a-i manipula;

16) nevoia de ordine (pedanterie, ritual), în ambianța fizică, în secvențele temporale de acțiune, în relațiile interpersonale, în derularea vieții individului;

17) a întreprinde, a acționa, a face;

18) a fi satisfăcut imaginativ (a avea șansa de a se relaxa „visînd cu ochii deschiși”);

19) respect al demnității și valori (etice) a persoanei;

20) respect al principiilor etice în cadrul manifestării sociale și angajare generoase în comunitate;

21) a fi consecvent cu sine;

22) a exista un sens personal.

Nevoile (dorințele, pretențiile) menționate caracterizează în egală măsură persoana și sînt o sursă de satisfacții ori insatisfacții (frustrare = factori stressuri continui, de fond sau secvențiali). În satisfacerea nevoilor subiectul, care e predominant pasiv, depinde

în mare măsură de persoanele cheie din rețeaua lui socială proximală. În cadrul acestor relații intime comportamentul partenerului poate fi principala sursă de frustrare sau satisfacție atât printr-o modalitate relațională (atitudinea soțului față de soție etc.), cât și nerelațională (comportamentul dezordonat al partenerului). În sînul cuplurilor pot exista și situații ambivalente sau de succedare a satisfacțiilor și insatisfacțiilor în raport cu aceeași persoană.

8. Un ultim aspect pe care-l comentăm în acest domeniu este cel al **învățării conduitei (atitudinilor și trăirilor) psihopatologice**. Omul învață practic toate conduitele (praxii, acte cu semnificație umană, expresii semnificative, vorbire și scris, comportamente) care-l caracterizează ca om și-i permit existența în mijlocul lumii umane. Aceste învățări au la bază relațiile interpersonale și sociale, identificările copilului cu părinții și alte persoane (urmate de preluarea unor conduite ale acestora prin imitare și asimilare), apoi, copilul și tînărul învață ca urmare a programelor educativ-instructive pe care familia și societatea le desfășoară ținut, spontan și organizat pentru formarea lui. În sfîrșit, el învață din experiențele de viață trăite și ca urmare a efortului său intențional de a-și însuși cunoștințe și abilități, de a înțelege lumea și a se manifesta creator în societatea umană.

În cadrul acestui amplu proces de învățare pot să apară și „învățări patologice”. Acestea pot rezulta din influențele familiare, din identificarea copilului cu unul din părinți care prezintă comportamente particulare sau anormale (o mamă axioasă, fobic evitantă, cu comportament ritualic obsesiv pe care-l impune educației: un tată cu comportament agresiv sau duplicitar, care are manifestări de minciună și ipocrizie). Tot în cadrul familiei copilul poate „învăța” un stil de comunicare interpersonală insuficient de clar (confuz, aluziv, contradictoriu), un stil de comportament dezordonat sau ritualic, eventual o preocupare scăzută sau exagerată față de propriul corp, de igiena corporală, față de grija în ceea ce privește funcționarea propriului corp sau față de aspectul exterior, al apariției sociale.

Învățarea unor preocupări și comportamente particulare, distorsionate, se poate realiza și prin contactele din cadrul școlii sau al grupurilor de prieteni (grupuri anomice mai ales). E

important să se rețină că subiectul nu învață numai cunoștințele teoretice și practice, conduite și abilități, ci și moduri de evaluare (a altora, a situației, a propriei persoane). Deci, atitudinile relaționale bazale ale subiectului sînt în mare măsură învățate în urma identificărilor, a educației și experiențelor trăite.

Toate învățăturile menționate se înscriu, de obicei, în structura caracterială, participînd în egală măsură atît la profilul tipologic caracterial, cît și la tipurile de deficiențe minore ale persoanei. Ele pot fi strîns corelate cu ceea ce se numește vulnerabilitate de fond; pe această cale intervenind în etiopatologia tulburărilor psihice.

Un alt aspect al „învătării” căruia i se acordă o mare importanță în psihopatologia și terapia contemporană se referă la „condiționare”. E vorba de vechea idee a „reflexelor condiționate” a lui Pavlov, amplificată prin „condiționarea operantă” a lui Skinner. Dacă o manifestare biopsihică spontană se asociază frecvent cu un eveniment întîmplător, apariția acestuia declanșează direct respectiva manifestare. Astfel, manifestări neuro-fiziologice și corporale care însoțesc frica acută, dacă se asociază frecvent cu anumiți stimuli; prezența acestora (directă, dar și indirectă, prin reprezentare, imaginare, pars pro toto sau minimal) poate declanșa reacțiile psiho-corporale respective și, deci, atacul de frică sau panică. Tot în cadrul acestei teorii se mai acceptă că ne-asocierea prelungită a celor două fenomene duce la stingerea respectivului reflex condiționat, că asocierea unui eveniment psihobiologic cu un stimul neplăcut îi scade frecvența, iar asocierea cu un stimul pozitiv (cu o „recompensă”) îi crește frecvența, îl întărește. Se consideră că pe calea acestor mecanisme o serie de manifestări psihopatologice inițial de mică amploare ajung să se repete tot mai frecvent și să capete o intensitate majoră prin repetarea circumstanțelor cu care e asociat.

Un mecanism aparte corelat fenomenelor menționate se referă la „auto-întreținerea” și „auto-amplificarea” simptomelor prin atenția specială pe care le-o acordă pacientul, prin așteptarea orientată și încordată a producerii lor la cel mai mic indice situațional cu care sînt corelate; așteptare și preocupare care favorizează realmente apariția simptomelor. Astfel, pacientul care a avut atacuri de anxietate paroxistică, acordă (conștient, preconștient sau inconștient) o atenție sporită continuă funcționării

propriului corp și mai ales aparatului cardio-circulator; ceea ce modifică pragul de percepție a informațiilor interoceptive, mărește semnificația perturbărilor minore și favorizează reapariția și amplificarea simptomatologiei. Pe baza considerentelor enunțate s-au elaborat o serie de programe terapeutice.

În comentariul de pînă la acest nivel s-a făcut o scurtă prezentare a factorilor fizico-biologici și psiho-sociali care pot interveni în condiționarea unui episod psihopatologic. Întrucît despre vulnerabilitatea de fond și cea circumstanțială s-a discutat deja, urmează să comentăm aspectul determinant și declanșant al acestor factori și în primul rînd, a influențelor psiho-sociale. Dintr-o anumită perspectivă acestea reprezintă două situații limită: la unul din poli este intervenția cu valoare „declanșatorie” („trigger effect”) care se produce atunci cînd vulnerabilitatea circumstanțială a persoanei predispose a atins un nivel maxim (chiar dacă acest fapt nu e totdeauna sesizabil din exterior). Aceasta deoarece, așa cum am comentat, vulnerabilitatea crescută circumstanțial poate depinde și de factorii interiori, cum ar fi momentele critice ale ciclurilor vieții, conjuncția nefavorabilă a bio-psihoritmurilor, momentele de trăire ale eșecului, ale bilanțurilor nefavorabile de viață, ale crizelor existențiale etc.

Din perspectivă exterioară, joacă un rol reducerea rețelei de suport social și evenimentele (schimbările) de viață stressante. Dar, în funcție de intensitatea vulnerabilității de moment, precum și de evoluția latentă pînă la un punct a procesului psihopatologic care reduce capacitățile de „coping” ale subiectului, se poate ajunge în situația în care solicitările și stressurile minore ale vieții obișnuite, de zi cu zi, să capete o valoare așa de mare în raport cu resursele persoanei încît „ruptura” („catastrofa”) care realizează intrarea în starea psihopatologică să se producă aparent fără un determinism (motiv, cauză) vizibil și comprehensibil.

În orice caz, în toate situațiile în care influențele psiho-sociale secvențiale pot fi etichetate ca „declanșatoare”, tulburarea nu poate fi înțeleasă comprehensibil în raport cu acestea. De aceea, a și introdus Jaspers conceptul de „incom-

prehensibilitate" pentru psihozele endogene. Totuși, dacă se reconstituie felul în care s-a constituit vulnerabilitatea de fond și se analizează factorii ce au putut-o potența circumstanțial, determinismul poate fi „reconstruit” pînă la un nivel destul de inteligibil (și la fel – pînă la un punct – conținutul trăirilor psihopatologice).

9. La alt pol s-ar situa ceea ce Jaspers a numit „**reacții comprehensibile**”. În aceste cazuri, influențele psiho-sociale actuale apar ca jucînd un rol determinant. Subiectul reacționează la evenimentul trăit (o spaimă puternică, o pierdere majoră) în mod direct și nemijlocit, la fel cum ar reacționa orice om. Altfel doar că manifestarea acestei trăiri reactive apare ca anormală ca intensitate și durată; legătura dintre semnificația evenimentului și conținutul trăirii exagerate, anormale (inclusiv stilul comportamental perturbat), fiind comprehensibile în mod spontan de orice om. Psihiatrul evaluează anormalitatea reacției care pe lîngă intensitatea și durata deosebită mai poate avea unele particularități care devin transparente în raport cu biografia pacientului. În mod firesc, după dispariția cauzei, starea reactivă anormală se remite chiar spontan într-o anumită durată de timp. Sprijinul psihopatologului și al anturajului poate fi util pentru reducerea suferinței și grăbirea remisiunii.

Între extrema „reacției comprehensibile” și cea a debutului aparent nemotivat a unui episod psihopatologic există situații intermediare care au fost studiate amănunțit (mai ales în cadrul psihiatriei germane) încă înainte de teoria vulnerabilitate/stress. Astfel, s-au luat în considerare particularitățile de fond ale persoanei, atît în ceea ce privește structura caracterială cît și biografia. De asemenea, s-a luat în considerare cumulearea în timp (de-a-lungul biografiei, dar mai ales în perioada premergătoare momentului reactiv) a tuturor evenimentelor și trăirilor de viață nefavorabile, oscilațiile endotime în faza lor negativă și epuizarea bio-psihică. Sub influența psihanalizei s-a ținut cont de factorul predispozant pe care-l constituie trăirile refulate ce se cumulează în zona neconștientă (trăiri, intenții de act, conținuturi reprezentativ-imaginative, care sînt respinse de conștiința morală a subiectului ca neacceptabile). Rolul conflictului intrapsihic conștient și neconștient, a fost luat și el în discuție. Și astfel, s-a putut arăta că o „reacție psihopatologică actuală” care, la prima vedere, nu e clar comprehensibilă din evenimentul trăit în prezent

poate deveni comprehensibilă dacă ținem seama de mai mulți factori, ca cei menționați. Dar, cumulul de factori psihopatogenetici au importanță mai ales pentru a înțelege instalarea stărilor de nevroză care se plasează între extrema „reacției comprehensibile“ (standard) și cea a debutului unui episod psihotic „endogen“ (aparent necondiționat de nici un factor actual). Pentru aceste probleme a se vedea anexa.

În încheierea acestui comentariu se cere subliniată importanța aspectului conștient al trăirilor persoanei, capacitatea ei de a discrimina, în anumite împrejurări, aspectele patologice de cele normale din cadrul propriei existențe, posibilitatea ca subiectul să fie sprijinit pentru a se autocunoaște și autocontrola, pentru a identifica semnele unei eventuale reapariții a tulburărilor și a practica strategii de evitare a recăderilor, capacitatea lui de a învăța, de a se antrena pentru a-și depăși deficiențele (de „coping“) și a desfășura un stil de viață sanogenetic. Dincolo de energiile spontane ale persoanei care se opun tulburărilor psihopatologice, omul conștient, dinamizat de un sens existențial, poate deveni co-terapeut colaborând cu psihopatologul; și în mare măsură propriul său terapeut.

SEMILOGIE PSIHIATRICĂ

Semiologia psihopatologică identifică și descrie manifestările *tulburărilor psihopatologice*. Dar, nu „semnele” (= simptomele, sindroamele) instituie și definesc o astfel de tulburare. *Minusul și dezorganizarea psihică sînt contextul necesar în care o anumită trăire sau manifestare psihică poate fi considerată „semn” psihopatologic*. În plus, trăirea și manifestarea psihopatologică trebuie să aibă o anumită *intensitate și durată*, grevînd ansamblul vieții psihice, pentru a se putea erija în element semiologic.

Aspectul standard care permite un comentariu semiologic este cel al unei „*stări psihopatologice*” care are o anumită durată (zile, săptămîni, luni). În raport cu acesta pot fi descrise „*crize (stări paroxistice)*” cu durată scurtă, dar care se repetă cu o frecvență suficientă pentru a fi luate în considerare. Și la fel *aspecte structurale (trăsături de personalitate)*, fie că sînt prezente inițial (ca și consecințe ale unei disontogeneze în cadrul unei personalități patologice), fie că apar după episoade psihopatologice ca defect clinic constant.

Dacă cadrul standard pentru semiologia psihopatologică este starea – episod, elementul standard este sindromul. Desigur, un sindrom psihopatologic (S.P.) este format dintr-un ansamblu de simptome care apar frecvent împreună ca o structură coerentă. Însă descrierea *simptomelor* se poate face doar pe baza unor

convenții de analiză a psihismului. Astfel încât, prin el însuși, un simptom psihopatologic (S.P.) nu are independență și semnificație. Sindroamele sînt de diverse complexități. În plus, se pot identifica unități semiologice subsindromatice sau „unități sindromatice” (U.S.) care se pot combina, pînă la un punct, cu o anumită variabilitate în cadrul unui sindrom standard (de ex., un sindrom maniaco-depresiv poate consta din U.S. a dezinhibiției și accelerării vieții psihice combinată cu U.S. a dispoziției euforice, dar și cu o U.S. a dispoziției disforice). Unele unități sindromatice se pot, uneori, manifesta chiar independent față de alte elemente psihopatologice (de ex, U.S. a instabilității psihomotorii poate constitui o manifestare semiologică prin ea însăși mai ales la copil sau poate fi inclusă într-un S. anxios sau un S. maniaco-depresiv).

În cadrul unei stări psihopatologice clinice (a unui episod psihopatologic) tabloul semiologic clinic nu este format, de obicei, din expresia unui unic sindrom psihopatologic, fie el complex (sau, așa cum vom comenta mai departe, nici dintr-un unic „macro-sindrom” psihopatologic) ci din anumite grupaje de sindroame și simptome ce se întîlnesc frecvent în cadrul unei „familii (sau configurații), de sindroame” și care constituie nucleul episoadelor clinice obișnuite, cu diverse accente de la caz la caz. Dar, tocmai deoarece în realitatea clinică întîlnim astfel de configurații sindromatice este necesar ca sindroamele (de diverse complexități, precum și U.S.) să fie inițial considerate și descrise într-o modalitate ipotetic pură, într-o formulă „standard” de referință.

Datele menționate ar putea fi rezumate prin prezentarea următoarelor nivele de unități semiologice psihopatologice:

- a)– *Simptome*
- b)– *Unități sindromatice;*
- c)– *Sindroame (standard) simple;*
- d)– *Sindroame (standard) complexe (=macrosindroame);*
- e)– *Complexe (sau familii) sindromatice ce stau la baza*
- f)– *Episoadelor clinice obișnuite.*

Între nivelele (instanțele) menționate mai sus, limitele nu sînt, întotdeauna ușor de stabilit. Anumite elemente semiologice pot fi considerate ca făcînd parte din 2 sau chiar 3 instanțe (de ex., fobiile, halucinațiile etc.). Și astfel, ele pot fi incluse în listele fiecărui nivel. Totuși, este necesar și posibil ca această ambiguitate

să fie comentată, iar plasarea multiplă să fie analizată din diverse unghiuri de abordare și înțelegere (definire, circumscriere, semnificație).

În multe cazuri sînt destul de vagi și limitele dintre unitățile semiologice ale aceluiași nivel. Multe simptome psihopatologice pot apărea foarte apropiate pînă la marginea confluenței. Distincția de principiu nu este, însă, inutilă deoarece în cazurile în care este operantă, ea poate permite nuanțări. Pentru cazurile în care o diferențiere prea subtilă nu are semnificație, acest fapt se cere, pe cît posibil, precizat de la început. Apropii și interferențe sînt posibile și între unitățile sindromatice ori sindroamele simple. În cazul sindroamelor complexe intersecțiile între categorii se cer definite; fapt posibil deoarece un element semiologic pregnant nu se anulează dacă aparține și altei clase (de ex., pot fi identificate „fobii obsesive” care păstrează caracteristicile atît ale domeniului sindromatic al fobiilor, cît și al obsesiilor, dar aparțin în principiu – sau predominant – uneia din ele, adică în cazul de față obsesiei).

Revenind la elementul semiotic bazal al psihopatologiei, care este sindromul, se cere subliniat faptul că acesta constă nu doar din frecvența crescută a întîlnirii împreună a anumitor simptome și nici chiar din coerența („gestalistă”) pe care această reuniune o exprimă. În plus, cel puțin pentru sindroamele standard esențiale, se poate presupune și pretinde încă 2 elemente și anume:

- o bază într-o tulburare neurobiologică specifică;
- o bază într-o dimensiune fundamentală a existenței persoanei umane conștiente care este exprimată comprimat și caricatural prin tulburarea respectivă.

Aceste exigențe principale sînt importante și ca programe de cercetare. Unul din obiectivele de bază ale comentariului semiologiei psihopatologice constă în realizarea unei bune articulări între: modalitatea discret-secvențială de inventariere a elementelor semiologice (simptome, unități sindromatice, sindroame..) și modalitatea holistică, fenomenologică, care sesizează esența ansamblului modificat. Măsura în care articularea dintre cele 2 perspective metodologice poate fi realizată va asigura și progresul domeniului.

Semiologia psihopatologică, așa cum a fost invocată pînă la acest nivel, este orientată spre „starea psihopatologică” (=episod malativ). Dar, într-o perspectivă mai largă, se cere avută în vedere „boala”; ceea ce implică o perspectivă evolutivă, episoadele succesive, eventualul defect clinic, precum și fondul de personalitate (terenul) pe care această „boală” se instalează și se dezvoltă. Așa cum s-a menționat de la început, elementele semiologice trebuie să poată răspunde și la probleme privitoare la modificările structurale, la defectul clinic postmalativ sau la personalitatea de fond patologică.

În continuare, vom urmări secvențele:

- Simptome psihopatologice prezentate în conformitate cu o schemă relativ arbitrară de lectură a psihismului persoanei conștiente (schema de la pag 15).

- Unități sindromatice și sindroame simple; acestea presupun o anumită legătură și coerență interioară între simptomele astfel reunite. Dar, la acest nivel nu e de așteptat o reală independență – sau o semnificație proprie biologică și existențială – a respectivelor unități semiologice.

- Sindroame „standaard” (simple și complexe) și „macro-sindroame”; acestea ar urma să se bazeze pe dimensiuni (substructuri) biologice și existențiale semnificative.

- „Complexe” („familii”) sindromatice care stau la baza episoadelor clinice obișnuite, (comentariul se va centra pe problematica psihozelor endogene).

- Relațiile dintre semiologia „episoadelor” psihopatologice, a diverselor entități nosologice secvențiale și evolutive și trăsăturile de personalitate.

Principiile care ordonează prezentarea elementelor semiotice va diferi parțial în funcție de instanțele menționate mai sus. Pentru simptome se va urma o schemă relativ rigidă bazată pe trei axe (cognitiv, dinamizant, volitiv), centrate de „eul-reflexiv” și polarizate între oscilația biologică dintre somn și veghea conștientă, pe de o parte și conștiința morală, pe de altă parte. La nivelul unităților semiologice și a sindroamelor se va ține parțial seama și de etiopatogenie, în sensul că inițial vor fi trecute în revistă (pe cît posibil) tulburări psihopatologice condiționate predominant organic-cerebral, apoi, endogen și în final cele caracteristice tulburărilor nevrotice și de personalitate. Oricum.

ordonarea după un unic principiu a elementelor semiotice (distribuite în 3–4 clase) este imposibilă. Argumentarea logic-stridentă a mai multor principii de ordonare se cere și ea fundamentată teoretic și practic, în continuare.

Perspectiva nivelică asupra semiologiei, care e prezentată în acest text, poate apărea, la prima vedere, stufoasă și specioasă. O propunem totuși cu convingerea că oferă șansa unor diagnostice nuanțate și comprehensibile, centrate pe sindroame și completate – după caz – cu unități sindromatice și simptome din domenii mai mult sau mai puțin apropiate de nivelul semiotic central.

1. SEMIOLOGIA CENTRATĂ PE SIMPTOME

Simptomele vor fi prezentate într-o ordine care ține seama de o schemă arbitrar-didactică de divizare a funcțiilor și structurilor psihice în trei categorii: (vezi schema de la p. 15).

- funcții de cunoaștere cuprinse în structura inteligenței (și a fondului cognitiv);

- funcții dinamizante (conative) cuprinse în structura motivației;

- funcții realizatoare, cuprinse în structura acțiunii voluntare.

Această schemă are în vedere centrarea acestor funcții și structuri prin „eul reflexiv-conștient“, care realizează sinteza funcțiilor psihice în situație și reprezintă suportul identității cu sine a subiectului în perspectivă diacronă. În plus, se acceptă, la un pol „inferior“, conexiunea cu psihismul biologic, a cărei expresie fundamentală o constituie oscilația circadiană între perioada somnului cu vise și cea a vigilității conștiente. La un pol opus s-ar afla instanța persoanei valorice și a judecării conștiinței morale, care polarizează și ea o serie de funcții psihologice.

În continuare, expunerea simptomelor va încerca să se ghideze după această schemă: simptomele vor fi grupate astfel încât să se exprime, pe cât posibil, perturbarea unei funcții psihologice bazale. În cursul expunerii simptomelor vor apărea inevitabil și unități sindromatice sau sindroame, care deși sint menționate la acest nivel vor fi reluate și la nivelele ulterioare. Expunerea simptomelor și definirea (circumscrierea) lor va ține seama și de sistemele internaționale cele mai uzitate (AMDP, PSE-SCAN etc.). Simptomele vor fi numerotate (așa cum se practică în toate sistemele internaționale). La acest nivel unele unități sindromatice (U.S.) și sindroame (S) nu vor fi numerotate. Circumscrierea sau definirea simptomelor va fi în mare măsură efectuată după o modalitate analitică sau ostensivă (chiar

tautologică), presupunându-se nivelul de cunoștințe al simțului comun. Comentarii interpretative vor fi făcute la nivelele ulterioare și în anexe (marile grupe semiologice vor fi indicate prin litere capitale).

A) TULBURĂRI ALE BIO-PSIHORITMICITĂȚII CENTRATE DE RITMUL CIRCADIAN AL SOMNULUI CU VISE

1. **Diminuarea duratei somnului.** Aceasta se evaluează în raport cu nevoia generală de somn a individului respectiv în condițiile date, luându-se în considerare toți parametrii ce pot juca un rol. Se evaluează și faptul dacă somnul e odihnitor.

2. **Dificultatea (insomnia) de adormire.** Aceasta poate fi lucidă, subiectul fiind calm și relaxat (ca în neurastenii) sau poate fi condiționată de o încordare psihică și fizică cu tonus muscular crescut ca în starea anxioasă (acum subiectul nu se poate relaxa fiindu-i uneori, frică de a nu muri în somn).

3. **Trezirea matinală (insomnie de trezire).** Subiectul se trezește cu 2-3 ore înainte de ora firească, nemaiputând readormi.

4. **Treziri multiple și somn agitat.**

5. **Vise neplăcute (coșmaruri).** Acestea trezesc subiectul din somn, putând fi rememorate dimineața; ele pot avea o tematică și un scenariu ce sugerează anxietatea (senzația de cădere în gol, imposibilitatea de a se deplasa, amenințarea) sau depresia (vise cu moarte, cimitire, boală incurabilă, culpă etc.).

6. **Pavor nocturn.** Apare la copii și constă într-o trezire incompletă, însoțită de strigăt; mimica exprimă spaima; copilul nu

răspunde la întrebările adresate pe un ton obișnuit; el poate readormi, avînd dimineața amnezia episodului.

7. **Automatism ambulator nocturn (somnambulism).** Apare mai ales la copii de vîrsta școlară mică și constă dintr-o trezire incompletă în cadrul căreia subiectul se scoală din pat, execută unele acte relativ simple, după care se culcă; dimineața are amnezia episodului.

8. **Automatisme motorii nocturne.** În timpul nopții, copilul se mișcă în pat, își contractă unele segmente ale corpului, poate geme, poate prezenta bruxism etc.

9. **Enurezis nocturn.** În prima jumătate a nopții copilul prezintă o eliminare spontană de urină, care exprimă insuficientul control asupra sfincterului urinar în cadrul somnului profund.

10. **Prelungirea duratei somnului.** Aceasta se evaluează în raport cu formula individuală de desfășurare a ritmului circadian și se referă exclusiv la aspectul cantitativ.

11. **Paralizia de trezire** constă într-o trezire incompletă în care subiectul este lucid, dar nu se poate mișca. Trăirea este neplăcută, angoasantă. La prima mișcare subiectul se trezește ușurat.

12. **Narcolepsia (în sens restrîns).** constă într-o adormire bruscă cu hipotonie în plină veghe, uneori, subiectul cade; oricum activitatea lui habituală e perturbată.

13. **Rău matinal.** Dimineața și în prima jumătate a zilei subiectul se simte neplăcut, uneori, cu unele simptome specifice.

14. **Rău vespéral.** După-amiaza și seara subiectul se simte neplăcut, uneori, cu unele simptome specifice.

15. **Alte tulburări circadiene ale vigilității și bio-psiho-ritmului.**

- U.S. Gelineau;
- U.S. Klein Lewis.

**B) TULBURĂRI ALE FUNCȚIILOR COGNITIVE.
TULBURĂRI ALE ATENȚIEI (PROSEXIEI)**

16. Concentrarea dificilă. Subiectul nu se poate concentra ținut asupra unui obiect, situație sau temă, astfel încât percepția, gândirea și acțiunea să fie eficiente. El trebuie să facă un efort pentru această concentrare, pe care-l resimte neplăcut. Corelat cu acest simptom se întâlnește:

17. Persistența dificilă. Chiar dacă se poate concentra pentru scurt timp nu poate persista deoarece orientarea ținută se epuizează în pofida eforturilor sau pentru că este perturbată de orice stimul („zgomot”) minor.

18. Volum redus. Subiectul poate cuprinde concomitent în focalul concentrării sale puține lucruri sau aspecte, astfel încât cu greu se poate structura câmpul perceptiv într-o „figură centrală” și un fundal care o susține.

19. Deficit de ierarhizare prin atenție a importanței datelor perceptive. Această perturbare e corelată cu precedentele (mai ales cu ultima), dar aspectul principal este acum deficiența unui filtru atențional care să despartă ceea ce e esențial (important) de neesențial. Informațiile cu care subiectul e în contact tind să devină echipotente (de aceeași valoare) și ierarhizarea lor semnificativă se poate face doar cu efort (voluntar) crescut.

20. Atenție îngustată (fascinată). Volumul atenției este foarte redus, ea fiind concentrată pe un singur domeniu al realității; restul câmpului perceptiv fiind mult diminuat sau ignorat; – poate fi vorba de o realitate exterioară (vocea cuiva), una corporală (funcționarea inimii), una mentală (o amintire).

21. Atenție hipermobilă. În mod spontan atenția se reorientează în permanență în diverse direcții, din care motiv concentrarea și persistența se face cu efort sau nu e posibilă (în manie, anxietate, sindrom hiperkinetic).

22. Hiperprosexie de așteptare și investigare. Subiectul este în mod deosebit preocupat de apariția unor informații cu o anumită semnificație, organele senzoriale sînt în alertă și starea mentală pregătită să identifice o anumită categorie de stimuli. În astfel de situații atenția poate fi concentrată asupra unui sector al realității sau poate fi mobilă, de investigare a ambianței.

23. Atenție perseverentă, rigidă.

24. Atenție crescută, prevalentă (prelungită) acordată propriului corp. Perceperea propriului corp este, în mod normal, un fapt continuu ce se petrece sub nivelul orientării ținute a psihismului (a atenției controlate voluntar). E posibil ca, în mod circumstanțial sau prelungit, atenția să se focalizeze în această direcție, fie asupra schemei corporale (a aspectului corporal) fie a spațiului interior (funcționarea organelor, senzații corporale)). O orientare prelungită a psihismului poate fi etichetată, desigur, și ca ca „atenție“, dar cu specificările de rigoare.

25. Atenție crescută (prevalentă) acordată unei probleme sau teme. Ca și în cazul precedent, termenul de „atenție“ poate fi folosit în aceste cazuri doar cu corectivele necesare. „Obiectivul“ atenției nu mai este acum un obiect perceptiv al ambianței (sau o situație, un eveniment, care și ele se bazează pe elemente perceptive), ci o stare mentală. Sintem într-o zonă de tranziție față de preocuparea tematică prevalentă.

C) PERCEPȚIA

În cadrul percepției subiectul recepționează activ și sintetic informațiile actuale pe care le structurează în psihismul său ca formă și semnificație. Percepția se realizează în contextul prezentului trăit, avînd ca fundal un cîmp perceptiv actual ce constă din ansamblul informațiilor accesibile nemijlocit. Acesta este structurat prin polarizarea între percepția propriului corp, care centrează eul și subiectul perceptiv. În mod normal aceasta se

realizează spontan, fără efort voluntar, la un nivel preconștient. La un alt pol se află un „obiect” perceptiv delimitat prin vizarea intențională a atenției. Între acești doi poli câmpul perceptiv e receptat cu diverse grade de intensitate și structură (distanțe, forme, semnificații).

„Obiectul perceptiv” poate consta din unul sau mai multe obiecte materiale, ființe și persoane aflate în interrelații (sau detalii, fragmente decupate din interiorul acestuia). Obiectul perceptiv se află în anumite interrelații spațiale și de semnificație cu celelalte elemente ale câmpului perceptiv și cu subiectul centrat de corpul său. Prin reorientarea atenției subiectul poate decupa diverse obiecte perceptive din ambianță. Obiectele perceptive ale ambianței receptate succesiv se integrează și se sintetizează în percepția unei situații sau eveniment actual, care se prezintă subiectului cu semnificația sa.

În realizarea percepției intervin toate funcțiile cognitive: atenția, memoria, (cunoaștere și reprezentare a lumii), imaginarea, gândirea, dar și intenționalitatea motivată a subiectului din care derivă anumite așteptări perceptive.

La nivelul cel mai simplu și bazal percepția constă din identificarea unui obiect prin forma și semnificația lui.

TULBURĂRI CANTITATIVE

26. Hiperestezie senzorială. Sensibilitatea la stimuli este crescută peste pragul obișnuit, astfel încât informațiile din unele domenii senzoriale (vedere, auz, miros) pot fi resimțite neplăcut, determinând diverse reacții.

27. Hiperestezie senzorială intero- și proprioceptivă. Stimuli din interiorul corpului, care în mod obișnuit sînt subliminari, determină perceperea neplăcută a propriei corporalități la nivelul diverselor organe sau în general (cenestopatii). Prin modificarea pragului perceptiv poate crește sensibilitatea la durere.

28. Percepție intensificată. Obiectele și situația perceptivă în ansamblu este percepută clar, distinct, pregnant, cu multe detalii, cu intensitate senzorială crescută.

29. Hipoestezie senzorială. Sensibilitatea la stimuli este diminuată; aceștia trebuie să aibă o intensitate crescută pentru a fi receptați și a determina o reacție. Mesajul verbal pentru a fi recepționat și înțeles trebuie să fie scurt, clar, pronunțat tare și repetat. Pot apare stări paradoxale în care stimulii minori produc o reacție mai mare decât cei intensi.

30. Percepție diminuată. Obiectele și situația perceptivă în ansamblu este estompată, fără pregnanță și detalii, puțin diferențiată.

31. Deficite senzoriale și de sensibilitate (sectoriale) psihogene. În cadrul stărilor de conversie histerică poate apare hipoacuzie, reducerea vederii, anestezie cutanată etc.

32. Agnozia. Constă în dificultatea sau imposibilitatea recunoașterii, identificării unui obiect printr-un singur canal senzorial (are la baza tulburări neurologice). În forme mai complexe agnozia se referă și la grupaje de obiecte, figuri simbolice, nerecunoașterea feței umane etc.

33. Afazia perceptivă constă în neînțelegerea mesajului transmis, a cuvintelor, expresiilor etc.

34. Dislexia constă în dificultatea învățării cititului, avînd la bază între altele și dificultatea de recunoaștere a simbolurilor grafice.

Agnozia, afazia perceptivă și dislexia ca tulburări „neurologice” prezintă forme de complexitate variată, apropiindu-se de unele tulburări pe care le înregistrează și le comentează, de obicei, psihopatologia clinică psihiatrică. Și anume:

35. Deficiența de înțelegere a mesajului. Deși percepe corect datele informative subiectul nu reușește să realizeze o sinteză a lor și o corelare cu universul său de cunoaștere, astfel încît să înțeleagă semnificația (sensul) unui mesaj verbal, a unui text scris, a unui proverb, a unei imagini simbolice, și nici a situației. Este o tulburare persistentă pe care unii autori o denumesc tulburare a

„apercepției”. Ca schimbare a înțelegerii semnificației percepției ea se plasează la un pol special al psihopatologiei acestui domeniu, corelată de obicei cu anumite perturbări (structurale) psihotice.

36. Neînțelegerea situației și perplexitatea. Aceasta se realizează mai ales datorită unor tulburări de memorie recentă și orientare, și reprezintă, de obicei, un fenomen situațional acut care neliniștește pacientul.

TULBURĂRI CALITATIVE PRIVITOARE LA FORMA ȘI IDENTIFICAREA OBIECTELOR PERCEPȚIEI

37. Tulburări formale. Se referă la perceperea deformată a conturului obiectelor, a mărimii, tonalitatea (sunetelor, culorilor), distanțele, la relațiile dintre obiecte în cadrul câmpului perceptiv (detașarea unei figuri de fond), corelații între diverse elemente senzoriale (sinestezii – culoare) etc.

38. Iluzii exteroceptive. Constau din identificări greșite ale obiectelor și relațiilor lor din cauza perceperei neadecvate a formei și semnificațiilor. Pot fi dependente de caracteristicile câmpului perceptiv, de cantitatea de informații, calitatea percepției, așteptările, emoțiile și imaginația subiectului etc.

39. Buzia și falsa identificare de persoană. Are la bază o percepție insuficientă și o percepție imaginativă; poate fi considerată ca o iluzie (formală, de identificare).

40. Paraeidolia. Constă din structurarea perceptivă pregnantă – ca formă și semnificație – a unor informații vagi și nestructurate (imagini vagi, pete de rugină sau mucegai, imagini din cești de cafea etc.). La baza ei stă o putere imaginativă și eidetică crescută a persoanei, dar poate fi uneori considerată și o tulburare din categoria iluziilor.

41. Halucinațiile. Halucinația constă dintr-o percepție distinctă care nu are la bază o informație actuală corespunzătoare. Vor fi discutate în cadrul sindroamelor.

TULBURĂRI ALE TRĂIRII SEMNIFICAȚILOR PERCEPUTE (GRUPUL TULBURĂRILOR PARADELIRANTE)

Cîmpul perceptiv în totalitate și/sau elementele sale sînt trăite ca avînd semnificație ieșite din comun. Aceste tulburări sînt expresia unei modificări structurale și sînt apropiate de patologia afectivă și mai ales delirantă.

42. Derealizarea. Subiectul are impresia că lumea din jur, pe care o percepe formal corect, este ciudată, nefirească, bizară, îndepărtată (ca „în vis”, ca de pe alta planetă”, „oamenii parcă ar fi marionete etc.). Uneori, poate fi prezentă doar impresia că persoanele din jur au o fizionomie (sau privire) schimbată. Tulburarea se corelează, uneori, cu cele din seria depersonalizării.

43. Dispoziția (perceptivă) delirantă. Pacientul trăiește impresia (presumpția) că „se întîmplă ceva” necunoscut deocamdată, dar important pentru propria persoană. Datele perceptivă își pierd fireșcul lor, aproape totul i se pare pacientului ca neîntîmplător, ca avînd o semnificație aparte pe care el nu o poate descifra. Subiectul trăiește o atmosferă psihologică de neliniște, nesiguranță, așteptare. (Uneori poate apare și sentimentul unei catastrofe iminente). Pe acest fundal, de obicei, o percepție anumită, corectă formal, poate conduce la cristalizarea bruscă a unor convingeri delirante cu detensionarea parțială a pacientului. În afara acestor „percepții delirante” același rol îl poate juca o intuiție sau o amintire. În contextul dispoziției delirante menționate sau chiar dacă aceasta e discretă sau absentă, mai pot apare:

44. Semnificații deosebite, neprecizate, a unor date perceptive. De exemplu anumite culori par a avea un simbolism special, avertizator, anumite numere sau cuvinte apar ca purtătoare de mesaje obscure (tulburarea se învecinează cu dis-semantizările din cadrul dezorganizării conceptual-semantice).

45. Percepția delirantă (precipitată a delirului) și interpretări patologice (de întreținere a delirului). În contextul „dispoziției bazale delirante” pot apare momente privilegiate în cadrul cărora o percepție corectă formal și pregnantă este trăită cu o intensitate și semnificație deosebită; ea se instituie ca „factor cheie”, care clarifică instantaneu o convingere delirantă (care se pregătea, evident, în fundal); se instituie astfel „delirul primar” (acesta se poate impune brusc, în afară de ocazia pe care o constituie percepția delirantă și printr-o „intuiție” sau „amintire” delirantă). Pe lângă eventualitatea menționată a „percepției delirante”, în contextul pregătirii, declanșării și desfășurării delirului, e posibilă o interpretare deformată, distorsionată (aberantă) a datelor perceptive corect înregistrate, dar care pot fi și preselectate, desprinse din context, astfel încât furnizează material argumentativ pentru instituirea și/sau întreținerea convingerilor patologice.

46. False identificări (substituiri) de persoane. Subiectul trăiește convingerea în substituirea sau „mascarea” unor persoane apropiate, care-i apar ca având o altă identitate decât cea aparentă. Această tulburare apare ca „Iluzie Sosia” = pacientul este convins că o persoană cunoscută și apropiată este substituită de altcineva (de ex., soția cu un dușman); Iluzia Fregoli = pacientul are impresia că diverse persoane sînt, de fapt, același subiect care îmbracă variate înfățișări.

47. Trăirea relației senzitive. Pacientul are impresia că persoanele din jur îl privesc în mod deosebit și insistent, că el este în centrul atenției altora; aceștia parcă își fac semne sau discută între ei despre subiect.

48. Impresia punerii sub control și a imixtiunii în viața intimă. Subiectul are impresia că este pus sub supraveghere, sub control; dovadă fiind pentru el unele aspecte perceptive care sînt percepute distorsionat și interpretate patologic. Astfel, are impresia că s-a umblat printre hîrțiile sale intime, printre hainele sale, în locuința sa intimă; că este înregistrat prin microfoane dispuse în casă, că este filmat pe stradă (din stîlpi de telegraf și avioane) etc.

49. Sentimentul prezenței unei alte persoane în spațiul intim, în marginea datelor perceptive (în întuneric, sub pat, în altă cameră etc.)

Tulburările menționate se află într-o zonă de intersecție între tulburările perceptive, afective și convingerile patologice (în zona „originară” „prereflexiv”); ele pot preceda cristalizarea convingerii delirante, o pot precipita sau întreține.

D) TULBURĂRI ALE MEMORIEI (MNEZIEI)

TULBURĂRI CANTITATIVE ȘI CALITATIVE (ÎN PERSPECTIVĂ TEMPORALĂ)

50. Hipermnezia. Constă într-o creștere a capacității de evocare, mai rară de memorare (în stările maniacale nu e utilă datorită tahipsihiei).

51. Reprezentarea eidetică constă dintr-o reprezentare pregnantă cu multe detalii senzoriale a unor evenimente trăite. Implică o capacitate crescută a reprezentării figurative și este mai dezvoltată la anumite vârste (aproximativ 10 ani) și la anumite persoane. Poate fi exagerată în sens patologic.

52. Ecmnezia constă dintr-o rețineră a trecutului în prezent, cu sentimentul că nu e vorba de o rememorare, ci de o trăire actuală.

53. Reprezentările și amintirile obsesive se impun subiectului fără voia sa, deranjându-l; el caută să le îndepărteze, se împotrivește lor, dar fără succes. Această caracterizare generală este valabilă pentru toate simptomele obsesive ce vor fi menționate în continuare și care se reunesc în sindromul obsesiv.

54. Sentimentul de „deja vu”, „deja vecu”. Subiectul are impresia că evenimentele trăite pentru prima dată au mai fost trăite în trecut. Fenomenul simetric este cel de „jamais vu”, „jamais vecu” în care subiectul are impresia că situații familiare nu au mai fost trăite și percepute niciodată.

55. Amnezia (hipomnezia) anterogradă (sau de fixare). Constă în receptarea mnestică deficitară a datelor informative, fapt ce nu permite înregistrarea lor și rememorare. Se pot face diferențe între:

- memoria de foarte scurtă durată ce joacă un rol în realizarea unei percepții clare și ierarhizate;
- memoria de scurtă durată, cu valoare funcțională, pentru înțelegerea și acțiunea eficientă în situație;
- memoria medie care permite reținerea datelor mnestice în perspectiva rememorării. În amnezia anterogradă este perturbat acest ultim nivel.

56. Deficitul memoriei de foarte scurtă durată. Aceasta constă în deficiența de a reține unele date mnestice fracțiuni de secundă sau secunde, astfel încât percepția ambianței nu se poate organiza structurat.

57. Amnezia retrogradă constă din pierderea temporară sau definitivă a capacității de a-și reaminti unele date care au fost memorate și utilizate mnestic. Această pierdere se face începând de la o dată anumită înapoi (= aspectul retrograd) pentru o perioadă de timp care poate varia, aplicându-se sau reducându-se.

58. Amnezia lacunară constă din incapacitatea subiectului de a-și aminti date dintr-o perioadă delimitată de timp (care poate include și perioada unei amnezii anterograde și/sau retrograde).

59. Amnezia selectivă constă din incapacitatea subiectului de a-și aminti aspecte dintr-o perioadă din care-și reamintește restul datelor. Ea poate fi „sistematică” dacă subiectul nu-și amintește doar datele care se corelează cu o anumită problemă sau persoană care joacă un rol deosebit în existența sa.

TULBURĂRI CALITATIVE (CARE IMPLICĂ ȘI IMAGINAȚIA)

60. Reveria patologică. Pacientul trăiește mult timp preocupat de reprezentări mnestice și imaginative exagerate cantitativ și anormale (particulare, aberante) calitativ; aceasta se

petrece în contextul unei detașări de realitatea înconjurătoare și a unei abulii. Fenomenul presupune o capacitate imaginativă crescută, dar aceasta poate fi stimulată prin substanțe psihoactive sau de o condiție patologică.

61. Criptomnezia. Pacientul face greșeli de atribuire a informațiilor mnestice în sensul că își atribuie idei, întâmplări, opere etc. care aparțin altcuiva.

62. Falsa identificare (de persoane) are la bază o percepție insuficientă și deformată, fiind în esență o iluzie la care datele mnestice și imaginative pot contribui substanțial.

63. Confabulația. Subiectul relatează ca date mnestice certe și adevărate, informații inventate (imaginate). Într-un sens restrâns, confabulația umple golurile mnestice (ca în sindromul Korsakov). Într-un sens mai amplu ea poate alimenta delirul (ca în parafrenie) sau susține un comportament dissocial (pseudologia fantastică).

64. Mitomania constă dintr-o deformare (neconștientă și nedeliberată voluntar) a datelor mnestice pe baza imaginației, astfel încât subiectul relatează evenimentele trăite într-o modalitate spectaculoasă și impresionantă (subiectul devine astfel un „erou” ce atrage atenția altora).

65. Minciuna constă din deformarea deliberată a adevărului mnestic, făcută cu un anumit scop. Ea poate să aibă un caracter patologic în condițiile în care:

- este exagerată și susține comportamentul dissocial al unei persoane psihopate;
- susține simularea unei stări maladeive, încercarea de convingere a altora privitor la o boală proprie care nu există;
- supra-simularea, situație în care subiectul accentuează deliberat simptomele unei boli pentru a obține unele avantaje;
- disimularea, situație în care subiectul maschează sau ascunde simptome de boală, pentru a evita un diagnostic medical sau a evita anumite situații și a obține avantaje dorite.

E) TULBURĂRI DE ORIENTARE

Acestea se desfășoară atît în plan mental (al reprezentării, dialogului), cît și în perspectiva comportamentului.

66. Dezorientarea în spațiu. Pacientul nu știe unde se află, cum a ajuns acolo, dă informații greșite asupra locului. Are dificultăți în a regăsi exact salonul, patul în care stă în spital sau propria locuință, dacă o părăsește. Nu mai identifică corect reperele spațiale uzuale sau importante.

67. Dezorientarea în timp. Pacientul nu știe corect ziua, luna, anul, anotimpul în care se află; nu poate reda corect succesiunea de evenimente care au condus la situația actuală, nu identifică exact intervale de timp recente.

68. Dezorientarea în raport cu propria biografie. Pacientul plasează greșit, în timp evenimente sau perioade din biografia lui, poate să nu identifice corect vîrsta sa, anul nașterii etc.

69. Dezorientarea în situație. Pacientul nu se orientează corect în raport cu evenimentul pe care-l trăiește, cu semnificațiile situației actuale, în relațiile cu persoanele cu care intră în contact etc.

F) TULBURĂRI ALE GÎNDIRII ȘI VORBIRII

TULBURĂRI FORMALE ALE CURSULUI GÎNDIRII ȘI VORBIRII

70. Lentoarea și inhibiția gîndirii și vorbirii. Pacientul își resimte gîndirea derulîndu-se lent, dificil, săracă în conținut. Vorbirea e corespunzătoare: lentă, săracă.

71. Baraj, mental, gol mental. Pacientul poate resimți cum cursul gândirii se oprește brusc, apare un gol, și ulterior, se reia în altă direcție. În alte împrejurări poate resimți lipsa gândurilor, un „gol mental” complet.

72. Gîndire ineficientă. Cursul gândirii e ineficient, neordonat, încurcat, se învîrte în cercuri fără sens, fără ca subiectul să-l poată controla și fără a putea să se mobilizeze eficient pentru rezolvarea de probleme. Vorbirea e restrictivă, insuficient de clară, încercînd să urmărească gîndirea confuză, să se raporteze la dialog deasupra acesteia.

73. Accelerarea gîndirii și vorbirii. Cursul gîndirii este accelerat. Amintiri, reprezentări, citate, idei, asociații, trec prin minte cu mare viteză, asociațiile se fac superficial prin analogie și contiguitate. Subiectiv e resimțită o „presiune ideativă”. Vorbirea este și ea rapidă și crescută cantitativ, încercînd să urmărească cursul ideativ, dar angrenîndu-se în comunicare, dialog, recitări, jocuri de cuvinte. Uneori, vorbirea nu poate urma întru totul rapiditatea cursului ideativ. Totuși interlocutorul poate urmări și înțelege, în mare măsură, fluxul ideativ al pacientului, exprimat prin limbaj. În forma accentuată acest simptom constituie „fuga de idei”.

74. Mentism. Constă dintr-o izbucnire bruscă în conștiință a unei multitudini de gînduri și/sau reprezentări neordonate, amestecate, străine de preocupările de moment ale subiectului, pe care acesta le resimte penibil, dar nu le poate îndepărta (și pe care nu le transpune în limbaj).

75. Gîndire și vorbire supraelaborată (manieristă). Subiectul vorbește, de obicei, mult, comunicînd, însă, puține lucruri, datorită supraelaborării discursului prin formule introductive, de legătură, de politețe, conjuncții, paranteze, observații banale etc. Uneori e exprimată o politețe, excesivă și inutilă. Gîndirea evoluează după modelul exprimării verbale.

76. Gîndire și vorbire vagă, aluzivă. Exprimarea e neclară, cu formulări neterminate, vagi, aluzive, uneori, eliptice, ce sugerează mister sau ciudățenie.

77. Gîndire și vorbire stereotipă. Constă din repetarea identică și nejustificată, inutilă, a unor gînduri și expresii ce nu

aduc nimic nou. Uneori, expresiile apar extrem de concrete, parcă conotația simbolică și de semnificație s-ar fi pierdut.

78. Raționalism morbid „geometrizant“. Pacientul este preocupat în mod excesiv de abstracții pe care caută să le ordoneze și să le sistematizeze în mod cât mai simetric, în afara unei gândiri eficiente sau a unei rezolvări reale a unei probleme.

79. Gîndire și vorbire circumstanțială. Subiectul pierde capacitatea de a diferenția între esențial și neesențial, este atras de detalii concrete, progresînd din aproape în aproape, fără capacitatea de sinteză și rezumare.

TULBURĂRI LOGICE ȘI SEMANTICE

80. Tulburarea în argumentarea logică. Modul logic de gîndire și argumentare este incorect sau aberant.

81. Tulburări gramaticale. Nu sînt respectate regulile gramaticale, mai ales ordinea cuvintelor în propoziție apare ca neuzuală (expresie a unor distorsiuni de gîndire), iar acordurile, formulele de subordonare etc. sînt incorecte.

82. Transgresarea codurilor semantice. Sînt folosite mai multe coduri semantice cu tranziție nejustificată și neexplicată de la unul la altul (de ex., mai multe limbi se amestecă).

83. Gîndirea și vorbirea metaforico-simbolică. Formulări abstracte (simbolice) izolate semantic. Subiectul formulează cuvinte, expresii, semne de conotație semantică abstractă, dar necuprinse într-un context care să le justifice (deși o intenție de semnificare poate fi bănuită sau chiar dedusă).

84. Dissemantism al cuvintelor și expresiilor. Sînt utilizate și licate semnificații neuzuale. Cuvintele și expresiile sînt fragmentate și eventual regrupate, astfel încît se subliniază semnificații care nu au legătură cu un discurs coerent care să exprime o intenție logică de comunicare.

85. Asociații bizare. Acestea pot avea ca punct de plecare fie apropieri semantice, fie de semnificație. Dar, asociația apare ca un

joc fără legătură, care să exprime o orientare intențională coerentă a gândirii și discursului.

86. **Neologisme:** cuvinte, expresii, simboluri coduri, limbaje care au o semnificație doar pentru pacientul care le inventează; semnificație care poate fi explicată sau indicată doar parțial.

87. **Dezordine globală în gândire, expresie, limbaj, comunicare, discurs, text.** Dezordinea este atât formală, cât și în conținut.

88. **Tulburări ale gândirii de tip obsesiv.** Subiectul este preocupat obsesiv de idei abstracte, de întrebări care practic nu au răspuns direct și care-i parazitează gândirea.

TULBURĂRI ALE GÂNDIRII ÎN CONTEXTUL PIERDERII AUTOCONTROLULUI ASUPRA INTIMITĂȚII PSIHICE

89. **Răspîndirea gândirii.** Pacientul are impresia că gândurile sale difuzează, se răspîndesc în jur („ca lumina“) și astfel pot fi accesibile altora.

90. **Cunoașterea (citirea) gândirii.** Pacientul are impresia că alte persoane (cunoscute sau necunoscute, în diverse locuri) îi cunosc direct sau îi citesc de la distanță gândurile cele mai intime, cunosc ce intenționează să facă, opiniile, proiectele proprii etc.

91. **Furtul (și publicarea) gândirii.** Pacientul are impresia că alții i-au preluat propriile gânduri (prin citire și furt) și le fac publice (le transmit prin radio, le publică în ziare etc.).

92. **Retragerea gândirii.** Pacientul are impresia că are mai puține gânduri; că unele gânduri i-au fost retrase de către persoane și forțe exterioare, rămînînd un „gol“ (sau un baraj) mental.

93. **Sonorizarea gândirii.** Subiectul își aude propriile gânduri.

94. **Ecoul gândirii.** Pacientul are impresia că propriile gânduri i se repetă în minte, ca un ecou.

95. **Controlul gândirii.** Pacientul are impresia că cineva, din exterior, îi controlează desfășurarea și conținutul gândurilor.

96. **Dirijarea (influențarea) și fabricarea gândirii.** Pacientul are impresia că din exterior gândirea sa este influențată, dirijată.

97. **Insertia gândirii.** Pacientul are impresia că i s-au introdus din exterior anumite gânduri care nu sînt, deci, ale sale.

TULBURĂRI ALE DESFĂȘURĂRII OPERATIVE ȘI EVALUATIVE A GÎNDIRII REFLEXIVE

98. **Deficiențe în imaginarea și în soluționarea unor probleme practice și teoretice.** Acestea pot fi secundare unor alte tulburări de gândire deja menționate sau reprezintă o tulburare specifică. Deficiența apare în următoarele planuri:

- definirea clară a problemei;
- evaluarea plasării, raportării, problemei la un context (situația subiectului, situația de ansamblu);
- imaginarea soluțiilor posibile;
- evaluarea resurselor;
- opțiunea pentru o strategie de acțiune principală și strategii secundare;
- evaluarea dificultăților probabile și a soluționării lor;
- stabilirea criteriilor de evaluare a rezultatului și semnificația acestui rezultat. Aceste aspecte – și altele – pot fi deficitare și subiectul poate fi antrenat în direcția creșterii capacității de soluționare a problemelor.

99. **Distorsiuni cognitive în evaluarea altora și a propriei persoane.** Semnificația comportamentelor, a expresiilor și atitudinilor altor persoane și a propriei persoane pot fi evaluate distorsionat. Tulburarea se articulează cu dispozițiile atitudinale anormale. Evaluarea de ansamblu a propriei persoane și a altora ca expresie a judecării valorice poate fi și ea distorsionată.

100. **Deficiențe ale judecării reflexive.** Pot exista și deficiențe de diverse grade ale autocontrolului (a judecării) reflexive prin care subiectul înțelege că el însuși este autorul actelor sale și că acțiunile sale se află (parțial) sub controlul său voluntar (liber). Exagerarea autocontrolului voluntar poate fi și el un aspect anormal.

101. Deficiență în judecarea cu discernămint. Subiectul nu mai evaluează (corect sau deloc) semnificația valorică a consecințelor previzibile ale actelor sale pentru alții și pentru sine.

– **Unitatea sindromatică globală.** Deficit cognitiv global de contact cu ambianța (de vigilitate).

G) PLAN INSTINCTIV PULSIONAL

TULBURĂRI CANTITATIVE

102. Reducerea (inhibiția) pulsioniilor instinctive. Tipologie: domeniu alimentar (inapetență, anorexie, refuz alimentar), sexual (privitor la libido și act), agresiv (lipsa energiei agresive), matern.

103. Exagerarea (dezinhibiția) pulsioniilor instinctive. Tipologie: domeniu alimentar (polifagie, bulimie), sexual (privitor la libido și act), agresiv (heteroagresiv verbal, atitudinal, fizic; autoagresiv cu autotramă, atitudine „masochistă“, fizic, cu automutilare, suicid).

104. Perversiuni. Acestea se referă la modificări ale obiectului, scopului, stilului, modalității de obținere a satisfacției pulsionale. Tipologie: varietatea cea mai mare se întâlnește în domeniul pulsionii sexuale, dar e necesar ca aceste aspecte să fie comentate și circumscrise și în perspectivă culturală. În aceeași perspectivă ar urma să fie comentat ceea ce s-ar putea numi perversiune în domeniul agresivității și a instinctului alimentar. Aspectele grosolane pot fi identificate, însă, destul de ușor.

105. Deficiențe ale autocontrolului vieții instinctiv-pulsionale. Acestea pot depinde și de intensitatea pulsionii, cât și de context (stimulare excesivă etc.). Tulburarea e corelată cu modificări de ansamblu ale psihismului, dar poate fi evaluată și ca o unitate sindromatică. Modalitatea comportamentului este impulsivă sau explozivă, interferând cu patologia deliberării și

tregerii la act. Tipologic se descriu în domeniul alimentar: bulimia, polifagia circumstanțială, dipsomania. În domeniul sexual: acte heterosexuale sau perversiuni realizate impulsiv; În domeniul agresivității: reacții explozive și reacții autoagresive. Tulburările din acest grup se corelează, deseori, cu tulburări privitoare la schema corporală și identitatea persoanei, constituind sindroame speciale cum ar fi:

- anorexia mentală a tinerelor fete;
- transsexualismul cu travestitism și acte sexuale perverse;
- agresivitatea la personalitatea patologică „borderline” (cu identitate perturbată).

106. Sentimentul acțiunii xenopatice asupra corporalității. Pacientul are impresia că din exterior, de la distanță, se acționează asupra propriului corp, detremându-se senzații neplăcute, alții, perturbări funcționale.

H) TULBURĂRI ÎN SFERA AFECTIVITĂȚII

Principalele aspecte ale afectivității sînt reprezentate de emoții, dispoziții și sentimente (afectivitate tranzitivă). Mai pot fi cuprinse în acest domeniu: „afectivitatea corporală” (bazală, biologică) care are în vedere tonalitatea afectivă în care subiectul își resimte propriul corp, în corelație cu instinctivitatea, schema corporală și „tonusul biologic” în general. Dispozițiile afective sînt nucleul unor trăiri mai complexe ce implică distorsiuni în trăirea timpului, în autoevaluare și relaționare; se constituie astfel cîteva unități sindromatice strîns corelate cu modificările sociabilității și relației interpersonale; care, de obicei, sînt părți componente ale unor sindroame standard (depresie, manie etc.)

Trăirile afective psihopatologice corespund celor normale de care diferă printr-o raportare particulară la context (=motivație insuficientă sau anormală), rigiditate, reducerea autocontrolului voluntar, intensitate și pondere în ansamblul trăirilor subiectului.

AFFECTIVITATEA CORPORALĂ

107. **Disconfort corporal.** Subiectul își resimte neplăcut corpul: senzații de greutate, tensiune, apăsare, arsura etc. sau resimte cu neplăcere funcționarea organelor interne. Este vorba de o percepție neplăcută (cenestopatie), mai localizată sau mai generalizată și migratorie. Atenția acordată corporalității, funcționării sale și acestor senzații este crescută. În acest context pot fi menționate și „algiiile psihogene” și, în general scăderea pragului pentru senzații algice care se produc de ex. în depresie.

108. **Senzație de slăbiciune fizică, de scădere a vitalității.** Subiectul se simte fizic lipsit de energie, de forță, prospețime și vioiciune, extenuat, resimte o dificultate în a-și mobiliza și utiliza corpul ca instrument eficient de acțiune.

EMOTIVITATEA

Trăirea emotivă e determinată de trăirea semnificației unui eveniment.

109. **Hiperemotivitate.** Subiectul este extrem de impresionabil, el reacționează intens emotiv, subiectiv și corporal, la situații și evenimente relativ obișnuite, mai ales în cadrul relațiilor interpersonal-sociale când trebuie să realizeze performanțe.

110. **Incontinența emotivă.** Subiectul nu-și poate controla emoțiile. Acestea se declanșează la stimuli minori și persistă îndelungat (de ex. plînsul spōsmodic din lacunarismul cerebral).

111. **Emoția neadecvată:** a) în raport cu situația și b) în raport cu trăirea și opinia interioară.

a) Față de o situație ce induce în mod firesc tristețe pacientul poate fi vesel.

b) Exprimînd o mimică tristă el poate afirma că e foarte vesel și se simte excelent. Aceste manifestări fac parte din grupul semiologic al comportamentului cu o motivație patologică.

112. Lipsa reactivității emotive și incapacitatea de a se bucura. Pacientul este indiferent, impasibil la tot ce se întâmplă. Nimic nu-l impresionează, nu participă afectiv la evenimente. În acest context se poate menționa incapacitatea de a se bucura („anhedonia“).

DISPOZIȚIA AFECTIVĂ ȘI ATTUDINALĂ

Dispoziția afectivă este o trăire de fond care, de obicei, durează mai mult timp. Ea nu e în relație directă cu toate evenimentele cu care subiectul vine în contact; dimpotrivă, atitudinea sa dispozițională influențează selectarea informațiilor și decodificarea semnificațiilor din evenimente. În cadrul dispozițiilor afective capătă aspecte particulare trăirea timpului, felul în care individul se evaluează pe sine în raport cu ceilalți în raport cu sine. Toate aceste aspecte sînt accentuate în cazurile patologice. Există importante corelații cu perturbările bio-psiho-instinctivității, perturbări în domeniul relațiilor interpersonal-sociale și ale convingerilor.

113. Dispoziție euforică. Subiectul se simte excesiv de bine dispus, e vesel, resimte plăcere și o permanentă bucurie de a trăi în prezent. În strînsă corelație cu dispoziția euforică, dar notată de obicei separat este:

114. Perceperea cu intensitate a prezentului cu sentimentul scurgerii rapide a timpului spre un viitor deschis tuturor eventualităților favorabile. Pe acest fundal subiectul e sociabil și activ.

115. Impresia (convingerea) de capacitate crescută: buna părere despre sine, încredere în sine crescută (se simte capabil să rezolve foarte multe lucruri pentru sine și pentru alții).

116. Dispoziție tristă. Subiectul se simte rău dispus, lipsit de orice plăcere și bucurie în prezent, chinuit, deprimat. Prezentul nu-l mai interesează, se repliază pe trecutul propriu din care selectează aspectele negative, viitorul nu-l poate concepe. Sentimentul scurgerii lente a timpului. În corelație strînsă cu dispoziția tristă se menționează următoarele:

117. Sentimentul scurgerii lente a timpului.

118. Lipsă de speranță, viitor nefavorabil. Viziunea subiectului față de viitor este negativă. El nu mai crede că e realizabilă vreuna din vechile sale dorințe și proiecte, crede că nu-l mai așteaptă nimic bun, că totul urmează să evolueze nefavorabil pentru el (uneori și pentru cei apropiați lui); vede în viitor doar chin, pierderi, ruină.

119. Impresia (convingerea) într-un viitor nefavorabil pentru sine și eventual pentru cei din jur, deseori, asociat cu gânduri de ruină; pacientul și ceilalți nu vor mai avea ce să mănince, unde să locuiască, cum să trăiască etc.

120. Preocupări suicidare. Pacientul poate să se gândească la eventualitatea suicidului (idei suicidare) sau chiar să se hotărască, să-și facă proiecte, să se preocupe de realizarea lor. Motivația constă atît din răul subiectiv resimțit și lipsa de speranță, cît și din ideile de devalorizare și vinovăție.

121. Comportament suicidar și de automutilare. Comportamentul suicidar se desfășoară în cazul depresiei cu preocupare pentru reușita proiectului, eventual cu scrisoare explicativă (în formele reactive). Acest model e diferit de cel „parasuicidar“ care pune accentul pe impresionarea celorlalți. Intenția și actul automutilării poate apare în context depresiv cu motivația autopedepsirii (și ia o expresie a agresivității repliate pe sine). Aceste comportamente pot apare, însă, și în alte contexte psihopatologice (de ex. insuficiența autocontrolului vieții pulsionale sau comportament motivat patologic).

122. Impresia (convingerea) de capacitate redusă. Pacientul se simte incapabil de acțiune, de a rezolva ceva, fiind lipsit de energie, neîncrezător în sine.

123. Impresia (convingerea) lipsei de valoare proprie. Subiectul se autodepreciază, consideră că nu are nici o valoare, că este un „nimic“, un „gunoi“, căruia alții nu merită să-i acorde atenție, să-și piardă timpul cu el, că este o persoană demnă de dispreț și oprobriu public.

124. Impresia (convingerea) lipsei de demnitate. Subiectul și-a pierdut stima de sine, îi este rușine să apară în fața altora consideră că este demn de dispreț și oprobriu public.

125. **Impresia (convingerea) vinovăției proprii.** Subiectul se simte extrem de vinovat în discordanță cu datele realității prezente și trecute. Uneori, el argumentează vinovăția prin fapte nesemnificative, prin idei delirante sau nu găsește nici el vreo argumentație. Consideră că trebuie să fie condamnat de către alții, că trebuie să-și ispășească păcatele, să sufere, să moară. Aceste trăiri stau la baza unui comportament aberant ca: autodenunțarea, automutilarea, suicidul.

126. **Preocupări hipocondriace trăite prevalent.** Preocuparea față de boală e trăită cu semnificația unei evoluții progresive spre moarte.

127. **Dispoziția anxioasă.** Subiectul se simte amenințat în permanență de un pericol neprecizat. El resimte o continuă stare de neliniște, de tensiune interioară neplăcută, de așteptare. Trăiește prezentul în tensiune, investigând în permanență ambianța din care reține doar ceea ce poate sugera un pericol potențial care ar urma să se producă în viitorul apropiat. În strînsă corelație cu dispoziția anxioasă se descriu:

128. **Îngrijorarea, așteptarea anxioasă.** Subiectul inventariază și imaginează variate evenimente, nefavorabile, care pot interveni în cadrul acțiunilor în curs de desfășurare. Această trăire poate lua forma îngrijorării permanente.

129. **Sentimentul unei catastrofe iminente.**

130. **Sentimentul morții iminente.** Acesta apare mai ales în cadrul anxietății paroxistice, a „atacului de panică”. El se însoțește de importante tulburări neuro-vegetative. Subiectul are impresia de oprire a inimii, de sufocare, de lipsă de sprijin spațial și cădere în gol.

131. **Nesiguranța interioară și nevoie de protecție din partea unei persoane sau a unei ambianțe ce oferă siguranță.**

132. **Dispoziția iritabilă (disforică).** Subiectul se simte într-o permanentă stare de tensiune interioară neplăcută, de nemulțumire, nerăbdare, de relaționare ostilă; are impresia că ceilalți nu-l înțeleg, îi sînt ostili, este irascibil, explozibil.

133. **Agitația interioară.** Pacientul se plînge de o agitație, neliniște sau febrilitate interioară. Poate apare în dispoziția disforică, anxioasă.

134. Dispoziția apatică. Subiectul este indiferent față de evenimente, alte persoane și față de sine; nu-l interesează propriile succese sau eșecuri și nici atitudinea altora față de sine.

135. Dispoziția astenică. Subiectul se simte fără puteri, obosit, epuizat, incapabil de a face ceva.

136. Dispoziția schimbătoare. Pacientul trece repede și insuficient de motivat de la o dispoziție la alta (de la euforie la disforie, tristețe, anxietate etc.). Concomitent se modifică și atitudinea interpersonală. În cazul hiperemotivității toate schimbările sînt condiționate direct de evenimente trăite, dar sînt posibile, forme de trecere între cele două tulburări.

137. Fobia. Constă dintr-o frică intensă și insuficient motivată față de situații, ființe, persoane etc. La contactul cu obiectul fobogen pacientul trăiește un atac de panică. El realizează conduite de evitare și asigurare în raport cu situațiile fobogene. De obicei, tulburările fobice sînt descrise și comentate la nivelul sindroamelor.

AECTIVITATEA TRANZITIVĂ

138. Tocirea afectivă. Subiectul resimte că nu are capacitatea de a se atașa de alții și de anumite lucruri, de a iubi, de a se bucura sau emoționa împreună cu alții, de a-l interesa, de a-i păsa de soarta altora (pierderea rezonanței afective). El devine indiferent afectiv, „rece“ („golire“, „pustiire“ afectivă). Această stare afectivă de indiferență se conjugă, de obicei, cu lipsa reactivității emotive și cu dispoziția indiferentă, conducînd la o stare de apatie (indiferență) globală. Și din această perspectivă se poate vorbi de lipsa capacității de a se bucura. Anhedonia și apatia globală pot fi considerate U.S.

139. Afectul patologic situațional și starea pasională. Subiectul reacționează afectiv exagerat la o situație conflictuală interpersonală, iar starea afectivă anormală domină motivația împiedicînd discernămîntul rațional și determinînd un comportament perturbat. În starea pasională subiectul este dominat, pe o

perioadă mai îndelungată de timp, de o stare afectivă tranzitivă (dragoste, ură) care determină precumpănitor comportamentul său prevalent.

140. Ambivalența afectivă. În același timp, subiectul iubește și urăște o altă persoană, cu aceeași intensitate.

141. Control și influență xenopatică asupra afectivității. Pacientul are impresia că emoțiile, dispozițiile și sentimentele sale sînt influențate sau dirijate din afară.

În registrul psihologic pot fi prezente și alte tulburări în sfera afectivității (de exemplu trăiri anormale de extaz și de disperare, inversiune afectivă, ură față de alte persoane inițial iubite), sentiment de control și impunere din afară de către alții a trăirilor afective etc.

I) SOCIABILITATEA, RELATII ȘI COMUNICARE INTERPERSONALĂ

La acest capitol se poate comenta: (a) modalitatea în care subiectul realizează contactul cu alte persoane în diverse împrejurări; (b) modalitatea relațiilor interpersonale mai de durată cu persoane relativ cunoscute și apropiate, dar nu aflate în zona intimității psihice; (c) legăturile interpersonale profunde și durabile care implică atașamentul și rezonanța afectivă și stau la baza rețelei de suport social. Aceste aspecte ale psihismului și existenței persoanei sînt corelate mai ales cu afectivitatea (emotivitatea, dispoziție atitudinală, afectivitate tranzitivă) cu comunicarea, motivația și acțiunea în care relațiile interpersonale joacă, uneori, un rol important.

ASPECTE PATOLOGICE

142. Contact interpersonal social dificil. Subiectul prezintă (circumstanțial sau prelungit) o abilitate redusă de relaționare și comunicare cu alții în diverse situații. Contactul direct poate fi însoțit de emoții puternice.

143. Sociabilitate redusă sau abolită. Subiectul pierde motivația contactului și relației sociale sau acestea îi creează disconfort psihic. În consecință, evită societatea, întâlnirea și comunicarea directă cu alții, petrece majoritatea timpului singur, are diverse preocupări solitare (mai bogate sau mai sărace, realizând sau nu o comunicare indirectă prin scris) cu alții. În spatele retragerii sociale pot fi prezente diferite dispoziții atitudinale (depresie, suspiciune, indiferență).

144. Imposibilitatea relaționării și comunicării cu alții. Subiectul se simte blocat în perspectiva acestui contact, nu poate demara și susține comunicarea deși îi percepe pe alții; el se simte „parcă ar fi sub un clopot de sticlă” etc. Această trăire a fost descrisă clasic ca „autism” (Bleuler). În spatele necomunicării pot exista trăiri bogate ori sărace.

145. Sociabilitatea crescută. Subiectul dorește să aibă contacte sociale, să fie în mijlocul societății; el reușește acest lucru având disponibilitățile necesare. Motivația acestui comportament poate fi variată: dispoziția euforică sau plăcerea contactului și transmiterea bunei dispoziții; anxietatea pentru care prezența socială e liniștitoare; – tendință hiperexpresivă prin care subiectul dorește să fie în centrul atenției sociale.

146. Relații interpersonale captative. Persoana se comportă astfel încât să fie în centrul atenției, să capteze în permanență interesul altora.

147. Relații interpersonale manipulative. Pacientul se comportă astfel încât încearcă să dirijeze pe altul, să-l „folosească” pentru propriile interese, să-l „manipuleze”.

148. Dominația în relațiile interpersonale. Subiectul caută cu orice împrejurare să-și impună punctul de vedere, să domine și să dirijeze pe ceilalți. Concomitent nu acceptă să fie dirijat. Colaborarea de tip parteneriat e dificilă.

149. Dependența interpersonală. Subiectul acceptă chiar pretinde să fie dominat în ceea ce privește opiniile, pretențiile, atitudinile, cât și în ceea ce privește deciziile și acțiunile.

150. Sugestionabilitatea crescută în relațiile interpersonale.

151. Atitudinea pasiv agresivă. Afirmativ și pe față pacientul este de acord cu tot ce i se pretinde, este supus. În fapt el nu-și ține promisiunile, nu face ceea ce spune, perturbând procesele solicitantului.

152. Opozitivitate. Subiectul se opune celui alt cu agresivitate, nu acceptă apropierea, dar nu e nici indiferent, se manifestă cu tendința de reacție agresivă, explozivă, de luptă, „beligerantă“.

153. Irascibilitate. Subiectul este puțin tolerant, se enervează ușor în contact cu altul, ajunge să fie nemulțumit și iritat de celălalt; stare care și-o exprimă, de obicei, prin agresivitatea verbală.

154. Suspiciune. Raportarea față de celălalt este marcată de neîncredere, cu presupuziția unor intenții ostile față de subiect.

155. Inconstanța în relațiile cu alții.

J) TULBURĂRI ALE CONȘTIINȚEI IDENTITĂȚII EULUI

Trăirea mai mult sau mai puțin conștient-reflexivă a identității cu sine a persoanei are un nivel corporal (la baza căruia stă „schema corporală“), unul psihologic (al eului definit și persistent) și unul social (al recunoașterii, identificării și numirii individului în plan social). Toate aceste aspecte sînt interconectate. La nivelul „eului conștient“ se realizează, pe de o parte, sinteza informațiilor și motivațiilor pe baza cărora subiectul se angajează în rezolvarea situațiilor problematice, structurînd prezentul trăit. Pe de altă parte, „eul conștient“ reprezintă centrul identității cu sine a persoanei, nucleul structurii caracteriale și a existenței persoanei în lume. De aceea, tulburările identității eului conștient reprezintă o zonă centrală în jurul căreia pivotează prezentarea și comentarea simptomelor și sindroamelor.

Tulburările de la acest nivel se articulează cu altele, ca de exemplu cele ale percepției, convingerilor, trăirii intimității psihice etc.

Identitatea corporală. Aceasta are la bază „schema corporală” ca percepție și reprezentare continuă (psiho-neuro-fiziologică) a limitelor propriului corp. Schema corporală se constituie progresiv în cursul ontogenezei pe baza experiențelor trăite, avînd un suport cerebral și stînd la baza împărțirii lumii subiectului într-un spațiu extern și unul intern. Tot pe baza ei se realizează orientarea în spațiu (dreapta, stînga, sus, jos, înainte, înapoi), se evaluează distanțele spațiale, iar corpul devine disponibil de a fi utilizat ca instrument de acțiune și comunicare. Se mai cere precizat la acest nivel faptul că propriul corp are un statut special în cogniția lumii de către subiect, reprezentînd o percepție continuă și fiind resimțit ca făcînd parte atît din lumea exterioară cît și din cea interioară.

ASPECTE PSIHOPATOLOGICE

156. Incertitudinea schemei corporale. Subiectul nu are o percepție clară a limitelor propriului corp. Uneori, el poate să-și resimtă aceste limite ca vulnerabile față de agresiuni și imixtiuni externe. Trăirea poate sta la baza anumitor comportamente relaționale (ținerea la distanță, a altuia, probleme în relațiile sexuale, refuzul examinării corporale). Tot în corelație cu aceste trăiri poate apare problematizarea și neacceptarea schemei corporale și a modificărilor sale. Subiectul este foarte preocupat de aspectul său, de felul cum arată, se manifestă și e perceput, acordă o mare atenție apariției sale sociale pe care o ține mereu sub control. Poate apare refuzul creșterii corporale (în anorexia mentală a tinerelor fete) sau refuzul controlului aspectului corporal (la obezi). Ultimele două aspecte sînt corelate cu perturbări în sfera instinctului alimentar și constituie unități sindromatice speciale.

157. Iluzii de schemă corporală (resimțirea modificării schemei corporale). Subiectul își resimte corpul (în întregime sau

părți ale sale) ca mai mari sau mici decât în mod firesc. Pe de altă parte, poate resimți o transformare de durată a unor aspecte ale corpului, mai ales ale feței (nas, bărbie, frunte etc.). Această modificare (diomorfofobie) îl preocupă, dorește să o corecteze, are impresia că e sesizată de alții care-l privesc și o comentează din acest motiv (trăire relațională secundară).

158. Refuzul imaginii corporale proprii. Subiectul resimte că acest simptom, e corelat atât cu restul simptomelor de depersonalizare, cât și cu unitatea sindromatică a dezinteresului și apariției globale.

159. Impresie de devitalizare corporală. Corpul e resimțit ca lipsit de viață, constituit din materiale ne-vii (lemn, piatră, sticlă). Această trăire poate fi corelată cu senzația de disconfort corporal și lipsă a energiei vitale.

160. Dezinteres față de îngrijirea și igiena corporală.

În mod obișnuit, persoana matură resimte o continuă identitate cu sine, faptul că în spatele evenimentelor trecătoare, a interrelațiilor, a metamorfozelor proprii, subiectul rămîne identic cu sine, solidar cu biografia lui cu determinațiile și cu particularitățile sale, cu atitudinile, convingerile sale fundamentale. Identitatea psihică se continuă cu cea socială.

161. Impresia pierderii identității eului. Subiectul are impresia că nu mai este aceeași persoană care a fost, că nu mai are aceleași determinații și aceeași identitate, că nu mai știe precis cine este, că parcă se transformă nelămurit. Îl preocupă eventualele schimbări ale aspectului fiziognomonic (se uită frecvent în oglindă), întreabă pe alții dacă nu constată o schimbare, o transformare, dacă îl mai percep ca aceeași persoană etc.

162. Absența atitudinilor opiniilor și convingerilor proprii. Subiectul este lipsit de puncte de vedere în relațiile cu alții în diverse situații. Nu-și poate defini o argumentare a conduitei și o concepție proprie asupra lumii.

163. **Sentiment de transformare psihică a identității.** Subiectul resimte vag că el se transformă în altcineva (altceva), dar fără o idee precisă în această direcție.

164. **Incertitudine privitor la propria identitate.** Subiectul nu resimte nimic original în existența și identitatea lui, are impresia că aceasta este impersonală, că este un „nimeni“.

165. **Egodistonie.** Subiectul este în dezacord cu o parte a atitudinilor, intențiilor și actelor proprii.

166. **Sentiment de dublare interioară sincronă.** Subiectul are impresia că în el se află două persoane care-și dispută identitatea și comandă atitudini și acțiuni diferite.

167. **Dedublarea diacronă a personalității.** În anumite perioade de timp subiectul își modifică comportamentul, manifestările, relațiile etc., apărind ca o persoană diferită de cea obișnuită.

168. **Incertitudinea identității sexuale.** În perspectiva pulsionilor și comportamentului subiectul este mai mult sau mai puțin în contradicție cu sexul său anatomic, intermitent, sau constant.

169. **Modificarea de identitate sexuală.** Subiectul resimte o altă identitate sexuală decât cea anatomică, se comportă în consecință și dorește o recunoaștere oficială a identității sexuale dorite (transsexualism, travestitism).

170. **Impresie (convingere) de influență xenopatică asupra formei corporale,** de modificare și deformare a acesteia.

K) PIERDEREA AUTOCONTROLULUI ASUPRA DECIZIILOR LIBERE ÎN ZONA INTIMITĂȚII PSIHICE

171. **Transparență psihică.** Subiectul are impresia (sau e convins) că alții cunosc în mod direct gândurile și intențiile sale intime, neexprimate.

172. **Influență psihică xenopatică.** Subiectul are impresia (sau e convins) că alții acționează direct, de la distanță, prin diverse mijloace asupra psihismului său (asupra gândurilor, trăirilor afective, comportamentului, senzațiilor corporale).

L) CONVINGERI PATOLOGICE

173. **Ideația prevalentă.** O anumită temă (idee), care se află în marginea realității și adevărului, centrează preocupările și acțiunile subiectului.

174. **Delir sistematizat paranoiaic.** Pacientul crede într-o idee neadevărată, pe care o argumentează prin interpretări și intuiții patologice. Această convingere nu poate fi modificată prin argumente. Ea centrează viața psihică și este expusă cu o anumită logică aparentă.

175. **Delir nesistematizat.** Convingerea delirantă (așa cum a fost circumscrisă mai sus) nu este expusă ordonat (și aparent logic), ci aluziv. Sînt prezente alte tulburări psihopatologice cognitive (halucinații, tulburări logice și semantice etc.).

176. **Delir secundar.** Convingerea delirantă apare ca o accentuare a dispoziției atitudinale din cadrul stării depresive sau euforic maniacale.

M) MOTIVAȚIE

177. **Deficiența** (diminuarea, inhibarea, abolirea) dorințelor, intențiilor, curiozității, proiectelor. Subiectul manifestă o indiferență generalizată.

N) DECIZIA, ARGUMENTAREA ȘI DESFĂȘURAREA COMPORTAMENTULUI

La acest nivel se au în vedere aspecte predominant subiective ale deciziei, argumentării, proiectului, trecerii la act, perseverării în acțiune, finalizării.

178. **Decizia dificilă.** Subiectul se hotărăște foarte greu când trebuie să aleagă între două eventualități (chiar pentru lucruri simple). Și la fel, dacă să facă sau nu un lucru, asupra direcțiilor și modalităților de acțiune etc. El poate rumina mult pe marginea deciziilor, argumentând pro și contra, fără concluzie fermă.

179. **Ambitendența.** Subiectul începe să efectueze o acțiune, apoi, o părăsește. Începe alta sau contrariul primeia pentru a o anula. Apoi, revine, și așa în continuare, oscilează fără a progresa în acțiune.

180. **Trecerea la act dificilă.** Deși subiectul este decis, începerea acțiunii e dificilă și mereu amînată.

181. **Perseverarea dificilă.** Subiectul persistă foarte greu în continuarea unui lucru început, îl părăsește cu ușurință din diverse motive cum ar fi: apariția de noi probleme, dificultăți minore, pierderea interesului, lipsa de energie, sugestionabilitatea crescută. Începe, de obicei, mai multe lucruri în același timp.

182. **Finalizarea dificilă.** Deși a desfășurat o acțiune coerentă, înainte de final subiectul se blochează și mereu amîină încheierea sa. Eventual, păt apărea repetate verificări scrupuloase; lucrul nefiind declarat ca încheiat decît cu mare greutate.

Tulburările de mai sus se pot grupa în unitatea sindromatică a abuliei. Alte simptome din acest grup ar fi:

183. **Comportament influențabil.** Subiectul este influențat cu mare ușurință de către altă persoană (mai autoritară, energică, pe care el o respectă, în care are încredere). Această influență poate fi circumstanțială sau de durată și se poate manifesta în toate aspectele deciziei și desfășurării actului menționat mai sus.

184. **Decizie și trecere la act exagerat de rapidă.** Procesul deliberării este scurtcircuitat; fapt ce reduce evaluarea cu discernământ a consecințelor propriilor acțiuni.

185. **Nerăbdare.** În cadrul situațiilor de viață subiectul nu poate aștepta, nu-și poate autoimpune reținerea de la comportament până când condițiile permit rezolvarea problemei prin propria acțiune. El pretinde o intervenție și o rezolvare imediată.

186. **Perseverarea rigidă.** O dată angajat în acțiune subiectul progresează metodic, din aproape în aproape, conform planului adoptat. El are mari dificultăți în regândirea proiectului și reorientarea activității. Acest tip de comportament poate fi centrat de o temă prevalentă.

187. **Intenții de act și acte obsesive.**

188. **Comportament impulsiv.** Proiectul de acțiune apare în mod firesc din interiorul subiectului. Dar, de obicei, la el participă și o ofertă, o stimulare, o șansă exterioară (uneori, aceasta se prezintă ca o tentație sau chiar seducție). La început, subiectul luptă împotriva propriei intenții, a propriului proiect, dar, apoi, cedează și se angajează în acțiune, voința și libertatea fiindu-i învinse chiar dacă apreciază negativ ceea ce face.

189. **Comportament expansiv.** Persoana are un nivel ridicat al activității și performanțelor, este hotărât, inițiază și rezolvă eficient probleme ce implică multiple persoane și situații. Aceasta contrastează cu stilul său obișnuit de a acționa.

190. **Comportament global redus.** În raport cu stilul obișnuit ansamblul comportamentului este mai puțin performant.

191. **Comportament nemotivat sau motivat bizar** prin argumente insuficiente sau derivând dintr-o tulburare logico-semantică.

192. **Comportament motivat patologic:** prin idee delirantă sau prevalentă sau în contextul altor sindroame: obsesiv, fobic.

193. **Impresia (convingerea) privitoare la controlul xenopatic asupra comportamentului;** impresia că subiectul e dirijat în acțiunile sale în mod direct, de către alții, de la distanță.

O) PSIHOMOTRICITATEA

Orice activitate și comunicare umană se realizează prin intermediul propriului corp utilizat ca instrument de acțiune și expresie. Motricitatea corporală este, desigur, controlată de sistemul nervos și are la bază un ansamblu de învățări, reflexe, posibilități de coordonare etc. Privit ca instrument reglabil nervos, corpul propriu apare ca o instanță efectoră a psihismului conștient, care cunoaște lumea și se angajează liber în proiecte de acțiune. Aspectul predominant subiectiv al comportamentului și comunicării constă din motivație, decizie, proiecte, voința liberă, controlul efectar și evaluarea realizării. Aspectul predominant obiectiv și efectelor constă tocmai din utilizarea instrumentală a propriului corp pentru realizarea acțiunilor și comunicărilor.

În perspectiva psihomotricității vor fi identificate următoarele grupaje semiologice:

CONDUITE MOTIVATE INSTINCTIV ȘI CARE SE DESFĂȘOARĂ NEOBIȘNUIT, ABERANT

Acestea au fost deja comentate.

TULBURĂRI ALE EXECUTĂRII CORECTE SAU EFICIENTE A UNOR MIȘCĂRI ȘI ACȚIUNI CARE SCAPĂ AUTOCONTROLULUI VOLUNTAR

La acest nivel putem menționa:

194. Dispraxia și apraxia. Tulburarea constă în dificultatea coordonării mișcărilor fine necesare realizării unor acte relativ simple, care, de obicei, se automatizează sau sînt automate. La baza acestora stau tulburări ale funcționalității sectorului efector a

sistemului nervos central. Dar, pot interveni și deficiențe în sectorul obținerii și prelucrării (prin organe de simț și sistem nervos), precum și unele deficiențe ale schemei corporale. Unele tulburări din acest grup au o serie de caracteristici speciale (de ex. disografia).

195. **Ticuri și mișcări involuntare.** Ticurile sînt mișcări bruște, fără finalitate, care implică un grup muscular limitat și care se repetă involuntar. Sînt accentuate de emoții. Mișcările involuntare psihogene pot imita unele tulburări neurologice în cadrul conversiunii isterice.

196. **Crampe profesionale.** Subiectul nu poate executa un anume act profesional (de ex. scrisul datorită apariției unor contracturi sau a unor mișcări involuntare). Alte mișcări care cuprind aceleași grupe musculare nu sînt afectate.

197. **Pareze și inhibiții motorii funcționale (psihogene).** Acestea pot cuprinde diverse porțiuni ale corpului și pot imita diverse tulburări neurologice în cadrul conversiei isterice.

TULBURĂRI GLOBALE ALE PSIHOMOTRICITĂȚII OBSERVABILE ÎN RELAȚII

Acest grup semiologic se referă la felul în care se manifestă motricitatea persoanei într-o perioadă anume de timp, fără legătură semnificativă cu evenimentele din ambianță. Totuși respondența față de solicitări ținute, de o anumită intensitate, este luată în considerare. Aceste elemente semiotice pot fi considerate și din perspectiva unităților sindromatice.

198. **Stupor.** Pacientul se află într-o stare de nemișcare, în poziție neobișnuită (caracteristică), nerăspunzînd sau opunîndu-se comenzilor.

199. **Nemișcare hiporeactivă.** Pacientul păstrează timp îndelungat o stare de nemișcare, de obicei, culcat. Nu răspunde decît cu mare dificultate stimulilor.

200. Nemișcarea cu atenție îngustată. Pacientul e nemișcat și se află în legătură cu ambianța (cu alte persoane) printr-un unic canal senzorial. Se întâlnește în leșinul isteric.

201. Psihomotricitatea dirijabilă. Pacientul păstrează un timp o poziție fixă, dar care poate fi influențată prin intervenția verbală sau fizică a altei persoane.

202. Neliniste psihomotorie. Pacientul nu poate păstra mai multă vreme o anumită poziție, mișcându-se în permanență (prin părți ale corpului sau tot corpul). Totuși nu deranjează semnificativ ambianța.

203. Agitația psihomotorie. Constă dintr-o permanentă mișcare fără scop, prin care este perturbată ambianța fizică și umană. Comportamentul agitat poate fi, uneori, agresiv sau să aibă caracteristici particulare în cadrul unor sindroame specifice.

204. Deplasarea fără scop precis. Deplasarea are loc fără a perturba ambianța fizică și umană, relevînd o suficientă percepție și orientare în ambianță. Dar, reactivitatea față de solicitări exprese rămîne scăzută.

P) TULBURĂRI ALE EXPRESIVITĂȚII MIMICO-GESTUALE ȘI ALE COMUNICĂRII

205. Manierism. Expresivitatea și mișcările sînt exagerate, neadecvate, uneori, patetice. Semnificația comunicantă este redusă. Baza o constituie gesturile standardizate social, care sînt supralicitate fără țintă precisă.

206. Stereotipii. Sînt repetate (sau menținute temporar) aceleași gesturi, posturi, mișcări, uneori, ciudate și fără un scop sau o semnificație clară.

207. Amimie. Mimica e redusă sau absentă.

208. Hiperexpresivitate mimico-gestuală. Însotăște de obicei discursul, avînd un caracter grosolan, teatral.

209. **Expresivitatea particulară** reprezentativă pentru unele trăiri psihopatologice: depresie, anxietate, euforie, perplexitate, indiferență, bizareria gândurilor etc.

210. **Mutism**. Subiectul nu vorbește spontan și nu răspunde la solicitări verbale.

211. **Solilocvia**. Subiectul vorbește singur, fără intenție comunicativă și dacă e ascultat și dacă nu.

Q) DEFICIENȚE ALE SENSULUI ETIC AL COMPORTAMENTELOR

R) ATITUDINEA FAȚĂ DE BOALĂ

212. **Anosognozie**. Pacientul nu înțelege faptul că este bolnav, nu-și recunoaște starea de boală.

213. **Supralicitarea stării de boală**. Pacientul exagerează simptomele de boală și intensitatea lor în raportarea față de alte persoane.

214. **Disimularea bolii**. Pacientul minimalizează sau neagă simptomele bolii, se străduiește ca alții să-l considere vindecat ori sănătos.

215. **Dorința de a fi recunoscut ca bolnav fizic sau psihic**.

S) TULBURĂRI SOMATICE

216. Neurologice.

217. Neuro-vegetative.

218. Somatic internistic

219. Altele (osteo-articulare) etc.

2. UNITĂȚI SINDROMATICE (U.S.) ȘI SINDROAME PSIHOPATOLOGICE SIMPLE

Acest nivel semiologic apare ca important să fie diferențiat de instanța simptomelor și de cea a sindroamelor standard (structural coerente) din mai multe motive.

În primul rînd, grupajul mai multor simptome ce exprimă perturbarea aceleiași funcții (de ex. a atenției, memoriei, dispoziției afective) se întîlnește în mod frecvent în cadrul diverselor sindroame majore. Desigur, acum sînt de luat în considerare mai multe simptome; și totuși, același grupaj (de ex. al perturbării atenției) se întîlnește în sindroame variate cum ar fi depresia, obnubilarea, demența, schizofrenia deficitară etc.

Dezorientarea se întîlnește atît în confuzia mentală cît și în demență și uneori în schizofrenie. E util ca astfel de „unități sindromatice grupale“ (u.s.g.) să fie reliefate în cadrul semiologiei, pentru analiza confluenței și diferențierii dintre marile sindroame psihopatologice. Unele grupaje simptomatice, corespunzînd deficienței unei funcții psihice importante, se pot constitui de la început în sindroame pregnante ca de ex. sindromul de transparență-influență.

În al doilea rînd, simptome din arii diferite se pot reuni în cadrul unor unități sindromatice (sau sindroame simple) care pot constitui prin ele însăși aspectul central al unei stări psihopatologice; de ex. tulburările de atenție și psihomotricitate din cadrul U.S. a instabilității psihomotorii; sau, tulburarea de auto-control alimentar și de acceptare a schemei corporale în cadrul U.S. (a sindromului) anorexiei mentale a tinerelor fete; sau tulburări din diverse arii în cadrul sindromului de transparență-influență. Acestea constituie unități sindromatice sintetice

(u.s.s.). Unele u.s.s. de la prima lor configurare pot deveni elemente clinice (sindromatice) esențiale, ca în exemplele de mai sus.

Alteori această sinteză constituie o primă etapă în constituirea unor sindroame psihopatologice ca în cazul deficitului de vigilitate predominant în planul reactivității ce stă la baza sindromului de obnubilare, împreună cu conduita psihomotorie corespunzătoare; sau în cazul dezinhibiției și accelerării de ansamblu a vieții psihice. Ca regulă, în constituirea acestor unități sindromatice sintetice trebuie să se regăsească tulburarea unui aspect (al unei dimensiuni) importante a vieții psihice, care să poată fi evidențiată și definită ca atare.

În al treilea rând, la acest nivel se cer circumscrise și identificate unele unități semiologice sintetice globale (u.s.s.g.), dar puțin diferențiate, care pot reprezenta cadrul de referință pentru alte unități semiologice mai precise. Astfel, „deficitul cognitiv global al contactului (vigilității)” odată circumscris va putea fi regăsit (cu diverse accente și adaosuri) în sindromul de obnubilare, în sindromul de delirium, în sindromul demential, în sindromul depresiv, în (macro) sindromul schizo-deficitar. Sau, U.S. a „deficitului-conativ-volițional” va putea fi regăsită în sindromul depresiv, sindromul demential, sindromul schizo-deficitar etc.

UNITĂȚI SINDROMATICE ȘI SINDROAME SIMPLE

1. **Dissomnie (u.s.g.).** Constă din: – durată diminuată a somnului; – dificultăți de adormire; – trezire matinală; – treziri nocturne multiple; – coșmaruri; – mai ales în copilărie se pot întâlni: – pavor nocturn; – automatism ambulator nocturn; – automatisme ambulatorii nocturne; – enurezis nocturn.

2. **Rău matinal (u.s.g.).** Constă din: – trezire matinală; – stare generală de rău în cursul dimineții. Mai pot fi prezente: – alte tulburări circadiene ale vigilității și alte tulburări ale somnului cu vise.

3. **Rău vesperal (u.s.g.).** Constă din: – stare neplăcută spre seară; – dificultăți de adormire. Pot fi prezente și alte tulburări ale somnului cu vise.

4. **Hipersomnie cu hiperfagie (u.s.s.)** (Sindromul Klein-Levin). Constă din: – hipersomnie; – hiperfagie diurnă cu îngrășare; – deficit cognitiv global al vigilității cu relativă dezorientare.

5. **Narcolepsie (S. Gelineau) (u.s.s.).** Constă din: – adormiri bruște cu hipotonie în plină stare de veghe; – paralizie de trezire; – halucinații hipnagogice.

6. **Dezinhibiția și accelerarea globală a proceselor psihice (u.s.s.).** Constă din: – *în plan cognitiv*: – ideeție crescută cantitativ; – accelerarea cursului gândirii cu asociații superficiale; – presiune ideativă resimțită; – vorbire crescută cantitativ rapidă, intensă (logoree); – hipermnezie de evocare și fixare; – atenție mobilă cu concentrare și perseverență dificilă. *În plan psihomotor*: – decizie și trecere la act rapidă (inclusiv în planul răspunsurilor verbale); – cu reticență scăzută în relațiile cu alții; – psihomotricitatea este crescută cantitativ și se derulează mai rapid; – inițiative multiple (și, de obicei, nefinalizate). Se poate ajunge la: – neliniște; – agitație psihomotorie. *În plan instinctiv*: – dezinhibiție și amplificare cantitativă a instinctului sexual (creșterea erotismului ca libido și act); – în plan agresiv (predominent verbal), în plan alimentar. Somn redus cantitativ fără semne de oboseală. Perturbare globală a bioritmurilor.

7. **Inhibiția și încetinirea globală a proceselor psihice (u.s.s.).** Constă din: – *În plan cognitiv*: – ideeție scăzută cantitativ; – lentoare a cursului gândirii; – gândire inefficientă; – hipomnezie de fixare și evocare; – atenție redusă d.p.d.v. al concentrării, perseverării, volumului; reducere cantitativă și lentă în limbaj pînă la mutism. *În plan psihomotor*: – dificultăți în decizie și trecere la act; – reducere cantitativă globală a activității și a eficienței acesteia; lentoare în mișcări pînă la nemișcare stuporoasă. *În plan instinctiv*: – inhibiția instinctului alimentar (cu inapetență și scădere în greutate), sexual (ca libido și act); – agresivitatea este repliată pe sine însuși cu comportamente suicidare sau de automutilare, somn redus cantitativ cu tulburări de bioritmuri.

8. **Atenție. Concentrare dificilă (u.s.g.).** Constă din: – concentrare dificilă (spontană și voluntară); – persistența dificilă; – volum redus.

9. Atenție. Deficit de filtru și ierarhizare a informațiilor (de „processing informational”) (u.s.s.). Constă din: – deficitul capacității de a filtra, ierarhiza și structura informațiile actuale într-o percepție organizată; – deficiență în diferențierea dintre ceea ce e esențial și neesențial în percepția situației; – e prezent un deficit special al memoriei de foarte scurtă durată, a volumului atenției, o conduită compensatorie de investigare, un efort crescut de persistență, ajungându-se totuși la o percepție diminuată cu o reducere a înțelegerii mesajului.

10. Atenție. Instabilitatea psihomotorie (u.s.s.) ca sindrom relativ independent. Tulburarea e specifică copilăriei și perioadei infanto-juvenile. Constă din: – instabilitatea atenției (care, parțial, poate avea caracteristicile investigării); – neliniște psihomotorie (și aceasta parțial cu caracteristici de investigare; copilul atinge sau manipulează pentru scurtă durată obiectele din jur). Tulburarea face dificilă încadrarea copilului în disciplină și jocurile de grup. În unele cazuri poate fi prezent un potențial agresiv-reactiv crescut.

11. Percepție. Deficit de a percepție, de înțelegere (u.s.g.). Constă din: – dificultatea sau incapacitatea înțelegerii mesajului sau a situației deși nu sînt deficite formale de percepție sau tulburări de vigilitate (+ cognitive globale de contact). Pot fi studiate corelațiile cu agnozia și afazia perceptivă.

12. Percepția. Tulburări formale (u.s.g.). Constă din: – tulburări în perceperea corectă a formei, mărimii (structurii, tonalității), raporturilor reciproce, ale obiectelor ambianței; – iluzii; – false recunoașteri. Sînt posibile paraeidolii.

13. Halucinațiile (s.s.). Constau din percepții fără obiect de perceput. Datorită importanței lor vor fi comentate în capitolul sindroamelor complexe.

14. Memoria. Amnezia (S. dismnestic) (u.s.g.). Constă din: – hipomnezie (amnezie) anterogradă și/sau retrogradă de diverse intensități, conducînd la un gol mnestic delimitat în timp (amnezie lacunară).

15. Memoria. S. Korsakov (u.s.s.). Constă din: – amnezie predominant anterogradă; golurile mnesticе sînt compensate prin confabulații simple: – pacientul e anosognozic (uneori, euforic); – poate fi prezentă o discretă dezorientare mai ales temporală (inclusiv a succesiunii evenimentelor propriei biografii).

16. **Dezorientare (u.s.g.).** Constă din: – dezorientare mentală și comportamentală în spațiu; – în timp; – în raport cu propria biografie; – în raport cu situația.

17. **Deficitul vigilității. Deficit cognitiv global al contactului cu ambianța (u.s.g.).** Constă din: – deficit al atenției în perspectiva concentrării, persistenței, volumului, filtrului, ierarhizării; – hipoestezie senzorială cu percepție diminuată; false identificări;

– deficit al curiozității;

– deficit în înțelegerea informațiilor oferite sau adresate;

– deficit al memoriei, predominant amnezic anterogradă (ulterior lacunară);

– deficit de orientare în spațiu, timp, biografie, situație;

– deficit al gândirii eficiente; lentoare ideativă; gândire ineficientă;

– deficit al reflexivității conștiente (a faptului de a-și da seama reflexiv de semnificația situației și sensul acțiunilor proprii);

– deficit al discernământului: – al evaluării consecințelor valorice ale propriului comportament pentru sine și pentru alții.

Ansamblul semiotic menționat constituie o unitate sindromatică importantă, mai precis un cadru sindromatic general care poate fi regăsit în diferite unități sindromatice și sindroame, cu accentuarea unora din deficiențele menționate și combinându-se cu alte tulburări psihopatologice. În continuare, vor fi prezentate unități sindromatice (și sindroame) ce se referă la tulburarea vigilității și au ca bază unitatea sindromatică de mai sus. Dar, ea este prezentă și în sindromul demential, în unele sindroame organice speciale cum ar fi: sindromul frontal și, de asemenea, cel puțin parțial, poate fi regăsită în sindroamele complexe ale depresiei sau în sindromul deficitar schizomorf.

18. a) **Deficit al vigilității, predominant al reactivității (u.s.s.g.).** Constă din: elementele deficitului global menționat mai sus (17), mai accentuate fiind: – deficitul atenției; – hipoestezie senzorială și percepție diminuată; – deficit de curiozitate și înțelegere.

b) **Sindromul de obnubilare.** Constă în tabloul de mai sus combinat cu un tablou psihomotor, constând din reducerea mobilității pînă la imobilitate (44). Uneori, deficitul cognitiv e pronunțat, apărînd somnolența sau somnul (S. de somnolentă). Poate predomina și inhibiția psihomotorie; caz în care apare stuporul (a se vedea 44).

19. a) **Deficit al vigilității, predominant al reflexivității (u.s.s.g.).** Constă din: – deficitul cognitiv global menționat la (17) cu accent asupra reflexivității și discernământului; – în rest contactul cognitiv cu ambianța poate fi doar parțial diminuat, astfel încât raportarea să se facă după parametrii aproape normali.

b) **Sindromul crepuscular (starea disociativă de conștiință).** E prezentă deficiența cognitivă de mai sus împreună cu o tulburare psihomotorie care constă în: deplasare fără un scop precis (49). În unele cazuri poate fi prezent un potențial agresiv-reactiv crescut, ca în beția patologică, cu importante implicații medico-legale. Alteori, starea crepusculară poate apare la trezirea din somn, ca în automatismul ambulator nocturn. Ea se poate instala și psihogen sau ca un echivalent epileptic (epi-temporal).

20. a) **Deficit al vigilității, predominant în domeniul orientării.** Constă din: – deficitul cognitiv global menționat la (17); – cea mai pronunțată deficiență este în domeniul orientării (spațio-temporale, biografice și situaționale); – mai sînt importante deficiențele mnestice (amnezie anterogradă) și ale percepției; gîndirea este de obicei inefficientă. În afara tulburărilor de orientare celelalte deficiențe pot fi foarte variabile. Astfel încît, pacientul își amintește mai mult sau mai puțin episodul.

b) **Sindromul confuziv (delirium).** Constă din tulburarea psihopatologică descrisă mai sus, care se combină cu o tulburare psihomotorie de tipul neliniștii sau agitației. De asemenea, pot fi prezente, în mod frecvent, trăiri halucinatorii predominant vizuale, la care subiectul participă intens afectiv și comportamental. Datorită importanței sale deosebite acest sindrom va fi comentat și în capitolul sindroamelor complexe.

21. **Deficiența cognitivă dementială.** Constă din elementele deficitului cognitiv menționate la (17), cu accent asupra tulburărilor mnestice (mai ales amnezie retrogradă), de gîndire, discernămint, orientare. Se adaugă un comportament perturbat și alte simptome psihopatologice și neurologice. Evoluția este continuă și progredientă. Datorită importanței sale clinice sindromul demential va fi rediscutat în capitolul următor.

22. **Dezorganizare conceptuală ideo-verbală (u.s.g.).** Constă din: – tulburări formale ale gîndirii și vorbirii; – baraj mental; – mentism; – supraelaborare manieristă; – gîndire, vorbire vagă, aluzivă; – gîndire, vorbire stereotipă; – raționalism morbid. Tulburări logice și semantice; – tulburări ale raționamentului

(argumentării) logice; – tulburări gramaticale; transgresarea codurilor semantice; – gândire, vorbire metaforică simbolică, abstractă; – dissemantism al cuvintelor și expresiilor; – asociații bizare; – neologisme; – dezordine. Această unitate sindromatică, împreună cu alte tulburări mentale și comportamentale, constituie sindromul complex al tulburărilor logico-comportamental schizomorf. Totuși menționarea lui separată e necesară deoarece poate interfera cu alte unități sindromatice (de ex. de accelerare a vieții psihice).

23. Tulburări ale motivației și controlului comportamentului.

Deși aspectul sesizabil constă în anormalitatea comportamentului, această tulburare este menționată la acest nivel deoarece majoritatea acțiunilor se bazează pe o argumentare desfășurată în plan intelectual și care, ulterior, trece prin filtrul decizional volitiv. Notăm ca subdiviziuni:

- a) comportament motivat bizar, absurd sau incomprehensibil datorită dezorganizării conceptuale ideo-verbale;
- b) comportament motivat aberant prin convingeri patologice;
- c) comportament anormal prin insuficient control (intelectiv motivațional și decizional) asupra pulsionilor instinctive și agresive.

24. Tulburări ale controlului (conduitelor) instinctiv-alimentare corelate cu tulburări ale trăirii schemei corporale. Anorexia mentală a tinerelor fete (u.s.s.). Constă din: – refuzul creșterii corporale și a formei obeze (rotunde, supraponderale etc.); – tulburări ale autocontrolului instinctiv-alimentar; refuzul alimentar, anorexie, bulimie, dezordine în ritmul și stilul alimentar, conduite voluntare și involuntare aberante ale alimentării. În perspectivă clinică acest sindrom nuclear se poate combina și cu alte tulburări psihopatologice, constituindu-se ca o unitate nosologică.

25. Tulburări ale controlului (conduitelor) sexuale corelate cu tulburări ale acceptării identității sexuale (u.s.s.). Constă din: – conduite sexuale diferite de cele standard heterosexuale (tendințe și conduite homosexuale, de tip pervers, travestitism); – incertitudine sau inversiune în acceptarea identității sexuale. Forma clasică este transsexualismul cu travestitism și conduite homosexuale sau perverse. Dar, pot exista variate variante în perspectiva clinică.

26. Dispoziția euforică (u.s.s.). Constă din: – dispoziție afectivă euforică; – sentimentul scurgerii rapide a timpului și a

unui viitor favorabil; – percepție intensificată; – impresie de capacitate crescută; – sociabilitate crescută; – relații interpersonale multiple; – distorsiune cognitivă în evaluarea interpersonală (alții îi apar inferiori și admirându-l). U.S. a dispoziției euforice are la bază dispoziția afectivă euforică împreună cu unele modalități de relaționare interpersonal socială și de evaluare cognitivă corelate acesteia. Ea este caracteristică sindromului maniacal, reprezentând o importantă componentă a formei standard a acestuia.

27. Dispoziția depresivă (u.s.s.). Constă din: – sentiment de disconfort corporal; – sentiment de scădere a vitalității; – dispoziție afectivă tristă; – sentimentul scurgerii lente a timpului; – lipsă de speranță; – preocupări suicidare; – impresia de capacitate scăzută; – de lipsă de valoare; – de vinovăție; – preocupări hipocondriace; – anhedonie; – contact social dificil; – sociabilitate redusă; – reducerea comunicării cu alții; – distorsiuni cognitive în evaluarea altora (alții îi apar ca superiori ca disprețuindu-l sau compătimindu-l pe bună dreptate).

Această U.S. este o parte importantă a sindromului depresiv.

28. Dispoziția anxioasă și suspiciunea.

a) **Dispoziția anxioasă** constă din: – dispoziție afectivă anxioasă; – așteptare (aprehensiune) anxioasă; – îngrijorare; – presentimentul unei catastrofe iminente; – sentimentul morții iminente; – nesiguranță interioară; – sociabilitate crescută cu motivație protectivă; – distorsiune cognitivă în evaluarea altora (alții apar ca puternici dar fie binevoitori-protectivi fie ostilii-periculoși). U.S. a dispoziției anxioase este o parte componentă importantă a sindromului anxios.

b) **Dispoziția suspicioasă.** Menționăm la acest nivel o tulburare a dispoziției și atitudinii interpersonale care este apropiată de anxietate, dar se diferențiază de ea prin faptul că are totuși la bază o relație cu un „obiect” al lumii date. Este vorba de atitudinea de neîncredere constantă în alte persoane, de suspiciune permanentă. Subiectul se așteaptă la evenimente nefavorabile pe care nu le poate preciza (ca în anxietate) doar că acestea sînt acum corelate cu acțiunea altor persoane (în general).

29. Fobiile (S). Prin fobie se poate înțelege o frică intensă și insuficient (sau deloc) motivată, uneori absurdă; ea determină conduite de evitare și asigurare, iar contactul cu obiectul fobogen declanșează o anxietate paroxistică. Datorită importanței și

semnificației sale clinice, problematica fobiei va fi comentată în capitolul următor, al sindroamelor complexe.

30. Dispoziția disforică (u.s.s.). Constă din: – dispoziția afectivă disforică (de nemulțumire morocănoasă și iritabilă); – agitația interioară; – raportare socială ostil-beligerantă; – distorsiuni în evaluarea cognitivă a altora (alții apar ca rău voitori sau amenințatori, periculoși, în raport cu subiectul); – comportamental este frecvent asociată irascibilitatea și explozivitatea.

31. Dispoziția astenică (u.s.s.). Constă din: – sentiment de scădere a vitalității; – sentiment de neputință epuizantă (de incapacitatea energetică necesară raportării active, de oboseală continuă și majoră); – impresie de capacitate redusă; – disconfort corporal; – atenție crescută acordată propriului corp; – dificultate de trecere la act; – nerăbdare.

32. Tulburări de somatizare (u.s.s.). Constă din senzații corporale: – disconfort corporal global; – atenție crescută acordării propriului corp; – alгии (psihogene); – preocupări (prevalente) hipochondriace.

33. Dispoziția apatică (u.s.g.). Constă din: – lipsa reactivității emotive; – dispoziția afectivă apatică (indiferentă); – tocirea (lipsa) afectivității tranzitive; – anhedonie; – indiferență față de sine; – față de propria igienă; – indiferență față de succese și evaluarea altora.

34. Tablou amotivațional (u.s.g.). Constă din: – deficiența intereselor, dorințelor, curiozității, proiectelor (imaginare sau orientate spre real). Prin semnificația lui psihopatologică poate fi considerat ca unitate sindromatică.

35. Abulie (u.s.g.). Constă din: – deficit de energie dinamizantă; lipsă de inițiativă; – decizie dificilă; – perseverare dificilă; – finalizare dificilă.

36. Relaționare socială deficitară (u.s.g.). Constă din: – contact interpersonal-social dificil; – sociabilitate redusă; – dificultatea sau imposibilitatea relaționării; – deficiența comunicării interpersonal-sociale (în plan neverbal și verbal).

37. Deficit global conativ-activ (u.s.s.g.). În cadrul acestei unități sindromatice sintetice se reunesc elemente din:

– tabloul amotivațional; – dispoziție apatică; – abulie; – astenie.

Se poate întâlni în unele suferințe condiționate organic-cerebral (ca suferința de lob frontal) și în macrosindromul schizo-deficitar.

38. Dependenta (S). Constă din: – dependența interpersonală; – sugestionabilitate crescută. Pot fi prezente și: – nesiguranța interioară; – abulie; – ambivalență.

Dependența poate fi nu numai față de persoane, ci și față de situații ori substanțe psihoactive. Datorită semnificației sale clinice deosebite, dependența va fi comentată în capitolul sindroamelor complexe.

39. Depersonalizare (u.s.g.). Constă din: – incertitudinea schemei corporale; – devitalizare corporală; – deziinteres față de igiena corporală; – sentiment de pierdere a identității eului; – absența atitudinilor și opiniilor proprii; – sentiment de schimbare esențială a propriei identități.

40. Ambivalență și dedublare (u.s.g.). Constă din: – ambivalență afectivă; – ambivalență interpersonală; – ambivalență decizională; – sentiment de dedublare interioară; – egodistonie.

41. Transparență-influență (u.s.s.). Acest sindrom are la bază sentimentul pierderii autocontrolului persoanei asupra vieții sale intime, a pierderii deciziei libere de a decide ca să rămână intim sau să devină public, a deciziei libere de a gândi și a acționa din proprie voință. Se poate diferenția: (a) un aspect al „transparenței” în care subiectul resimte pasiv cum este comunicată și făcută public viața lui intimă și (b) sentimentul de influență, în contextul căruia el se simte nu doar în permanență controlat, ci și influențat, dirijat, metamorfozat etc. Se întâlnesc următoarele simptome: – răspîndirea gândirii; – cunoașterea (citirea) gândirii; – furtul (și publicarea) gândirii (g); – retragerea g.; – sonorizarea g.; – ecoul g.; – controlul g.; – supravegherea, dirijarea și fabricarea g.; – inserția g.; – pasivitate corporală; – influență xenopatică asupra afectivității și acțiunii.

42. Convingeri patologice (S). Acestea sînt rigide și puțin influențate de argumente și evenimente. Ele sînt neadevărate, deseori, absurde. Se pot diferenția: – idei prevalente; – idei delirante sistematizate de tip paranoiac; – idei delirante nesistematizate, idei delirante secundare. Datorită semnificației lor clinice vor fi descrise în capitolul următor.

43. Tablou clinic paradelerant (u.s.g.). Constă din una sau mai multe din următoarele unități semiotice, care au fost

menționate la capitolul „simptome”: – derealizare; – dispoziție delirantă; – semnificații deosebite ale percepțiilor; – false identități de persoane; – relație senzitivă; – interpretări percepțive patologice; – sentimentul prezenței altei persoane; – sentiment de supunere sub control din partea altora.

44. **Tablou obsesiv-compulsiv (u.s.g. – S).** Constă din trăiri care se impun subiectului din interior, fără voia sa și împotriva cărora luptă fără succes. Datorită importanței și semnificației sale clinice va fi comentat în paragraful următor.

45. **Deficiență senzorio-motorie psihogenă (u.s.s.).** Constă din: – tulburări condiționate psihogen în domeniile: – senzitivo-senzoriale; – subiectul receptează deficitar informațiile într-un domeniu delimitat senzitiv sau senzorial, fără o bază într-o tulburare neurologică; – motorii; – subiectul nu poate mobiliza voluntar anumite domenii motrico-expresive ale corpului în lipsa unei tulburări neurologice.

46. a. **Psihomotricitate. Nemișcare (u.s.g.).** Constă din faptul că subiectul păstrează timp îndelungat o stare de nemișcare într-o poziție deosebită.

b. **Stupor (S).** E prezentă simptomatologia de mai sus în mod accentuat; poziția este neuzuală și frecvent se întâlnește hipertonia musculară. În plus: – subiectul este areactiv față de solicitările exterioare (18), putînd să se opună solicitărilor verbale sau fizice. Stuporul este, de obicei, integrat în alte complexe sindromatice, cum ar fi catatonie, depresia melancolică stuporoasă ori se poate asocia cu tulburări de tip delirium (20. b.).

47. **Psihomotricitatea. Nemișcarea hiporeactivă (u.s.g.).** Constă din faptul că pacientul păstrează timp îndelungat o stare de nemișcare, de obicei, culcat și hipoton; este lipsit de inițiativă.

Acest aspect psihomotor se însoțește frecvent cu hiporeactivitatea la stimuli, în cadrul sindromului de obnubilare. (18. b.). Cînd denivelarea vigilității și areactivitatea la stimuli e mai accentuată se ajunge la starea de „sopor” (sommolență) sau comă. Se pot menționa și crizele paroxistice de leșin psihogen, constînd în nemișcare și hiporeactivitate.

48. **Psihomotricitatea dirijabilă (us).** Constă în faptul că pacientul păstrează un timp o poziție fixă, dar aceasta poate fi modificată prin ordin verbal sau manipulare psihică. Se articulează, de obicei cu sugestionabilitate crescută și apare ca un element în cadrul sindromului cataton.

49. Neliniște psihomotorie (u.s.g.). Constă în faptul că pacientul nu poate păstra mai mult timp liniștit o anumită poziție. El își mișcă în permanență părți ale corpului – în cazul în care stă locului – sau se deplasează. În aspectul său central nu tulbură în mod semnificativ ambianța.

Neliniștea psihomotorie este o unitate sindromatică importantă, prezentă în cadrul multor sindroame simple sau complexe (de exemplu, – instabilitate psihomotorie; – sindromul anxios; – sindromul maniacal; – sindromul confuziv (delirium) etc.

50. Agitația psihomotorie (u.s.g.). Constă în faptul că: pacientul se mișcă în continuu, fără un plan și scop evident, perturbând ambianța fizică și umană. Poate exista un important potențial agresiv, cu distrugerea nediferențiată – sau relativ centrată – a celor întâlnite în ambianță (agresivitate clasică). Unitatea sindromatică a agitației psihomotorii este importantă în mai multe sindroame ca, de exemplu – delirium (confuzia agitată); – mania agitată; – catatonie agitată.

51. Deplasarea fără scop precis (u.s.g.). Constă în faptul că subiectul se deplasează în spațiu fără un scop precis, dar și fără a perturba în mod constant ambianța. Acest fapt presupune o raportare cognitivă la nivel acceptabil. Se întâlnește în cadrul sindromului crepuscular.

52. Comportament anetic (u.s.g.). Constă din faptul că subiectul nu ține seama de consecințele negative pentru alții a propriului comportament. Poate fi prezentă plăcerea de a chinui, de a face rău altcuiva. Acest aspect al manifestărilor comportamentului uman, care este caracteristic și definitoriu pentru „psihopatul sociopat“, poate fi considerat ca un simptom, ca o unitate sindromatică sau ca un sindrom (simplu sau complex). De fapt, această caracteristică a sensului și semnificației comportamentului depășește aria semiologiei psihopatologice (în care poate fi introdusă doar forțat), exprimând o dimensiune antropologică în sens larg.

53. Anosognozia. Constă în faptul că pacientul nu-și înțelege și recunoaște boala, așa cum s-a menționat și în paragraful privitor la simptome. Un aspect și o problemă specială o reprezintă disimularea bolii.

54. Dorința și efortul de a fi recunoscut ca bolnav. Această manifestare exprimă o atitudine interioară particulară, care are o

anumită condiționare psiho-dinamică. Se pot diferenția două situații semiologice esențiale:

a) **Dorința de a fi recunoscut ca bolnav somatic.** În acest caz subiectul poate supralicita – ca detalii și ca intensitate – suferințe somatice reale. Dar, el poate și inventa – și deci simula – astfel de tulburări, pe care le prezintă în primul rînd corpului medical (și tuturor celor ce pot influența acest corp) prin relatări distorsionate sau neadevărate, precum și prin comportamente ce sugerează profesioniștilor existența unei boli.

b) **Dorința de a fi recunoscut ca bolnav psihic.** În mod clasic, această manifestare semiologică e prezentă în cadrul „sindromului Ganser“ cu următoarele caracteristici: – apariția într-o situație de viață specială (subiectul se află în detenție, sub anchetă judiciară, fără să existe, însă, un verdict ferm); – manifestarea are caracteristicile cognitive ale unei pseudo-demențe grosolane și necoerente; – pacientul nu cunoaște cele mai elementare lucruri și se comportă de o absurditate ciudată; – prezența unor elemente semiologice de hiperexpresivitate și dependență.

3. SINDROAME COMPLEXE (STANDARD). MACROSINDROAME PSIROPATOLOGICE

La nivelul sindroamelor complexe standard (S.St.), semio-logia psihopatologică se află în centrul său problematic. Aceste S. St. au, desigur, la baza lor o tulburare neurobiologică și exprimă o modificare a dimensiunii esențiale a existenței psihismului persoanei conștiente. Aceste caracteristici – împreună cu frec-venta reuniune a simptomelor și cu coerența interioară „gestal-tistă” – se regăsește și la un anumit număr de sindroame simple, în cadrul intersecției dintre cele 2 nivele. Dar, toate aceste elemente sînt acum mai pregnante. Totuși, pentru unele sindroa-me este de multe ori dificil să se decidă dacă să fie incluse în nivelul II sau III, putînd figura în amîndouă. Așa ar fi sindromul de transparență-influență, sindromul de dezorganizare ideo-verbală, sindromul halucinator, sindromul fobic, sindromul obsesiv-com-pulsiv etc. Pe măsură ce o unitate sindromatică (în cazul de față un sindrom) este luat în considerare într-o instanță (într-un nivel) superior, în aceeași măsură el este abordat într-o perspectivă mai analitică și complexă, mai diferențiată interior și în perspectiva a mai multor corelații și articulații exterioare lui.

În măsura posibilului este de dorit ca la acest nivel să fie circumscrie, în primă instanță, sindroame cît mai „pure”, adică corespunzînd cît mai mult unui ideal-standard. În raport cu această imagine (cu acest construct) ideal-abstract (și evident teoretic) urmează a se comenta variantele și aspectele circum-stanțial concrete care sînt, de fapt, întîlnite în practică.

În ceea ce privește *macrosindroamele* ele pot fi gîndite și prezentate în perspectiva episoadelor clinice în care se includ. La acest nivel vom prezenta cîteva sindroame complexe (sindroame standard și/sau macro-sindroame) într-o ordine ce are și implicații etiopatogenetice, în sensul că exprimă în mare măsură succesiunea: condiționare organică, condiționare endogenă,

condiționare psihogenă de diverse complexități a episodului în care sînt incluse, condiționare complexă a unei personalități patologice. Vom trece în revistă:

1. Sindromul de delirium, fără sau cu halucinații (starea de confuzie);

2. Sindromul cataton;

3. Sindromul demential;

4. Sindromul maniacal;

5. Sindromul depresiv;

6. Sindromul anxios;

7. Sindromul „deficitar” schizomorf;

8. Sindromul dezorganizării schizomorfe în plan ideo-verbal și comportamental;

9. Sindromul delirant (convingeri patologice);

10. Sindromul halucinator;

11. Sindromul schizomorf „productiv”;

12. Sindromul obsesiv-compulsiv;

13. Sindromul fobic;

14. Sindromul stărilor disociative de conștiință (de tip histeric);

15. Sindromul de dependență;

16. Sindromul comportamentului anetic.

Marea majoritate a acestor sindroame au fost deja menționate la nivelul I (al simptomelor) și II (al unităților sindromatice și sindroamelor simple); La acest nivel ele vor fi prezentate și comentate mai detaliat, evident dintr-o perspectivă a episoadelor clinice psihopatologice la baza cărora stau. Subliniem din nou faptul că un comentariu semiologic pe mai multe nivele oferă șanse suplimentare pentru o gîndire clinică nuanțată.

1. SINDROMUL DE DELIRIUM (CONFUZIV ȘI DE DEZORIENTARE), FĂRĂ SAU CU HALUCINAȚII

Acest sindrom complex sau macrosindrom este central pentru problematica deficitului cognitiv global în contactul actual cu ambianța (tulburarea de vigilitate). Incontestabil, există

disfuncții cerebrale care-l condiționează deoarece apare cel mai frecvent în suferințe organice cerebrale. Sindroamele de obnubilare, somnolență, leșin psihogen, stupor, stare crepusculară etc., se corelează cu cel de delirium și gravitează în jurul lui. În principiu, tulburarea este limitată în timp, astfel realizându-se o tranziție spre sindromul demențial. Elementele de caracterizare principală sînt:

– Deficitul global cognitiv de contact (de vigilență) cu accent asupra:

- dezorientării (spațio-temporale, biografice și situaționale);
- atenție și percepție diminuată cu tulburarea formală a percepției (iluzii, false recunoașteri etc.);
- starea cognitivă nu permite o raportare relativ coerentă la ambianță (ca în obnubilare sau în starea crepusculară);
- tulburări mnestice și de reflexivitate de intensitate variată;
- gîndirea este inefficientă, iar vorbirea poate fi și ea inefficientă.

– Psihomotor, caracteristică este starea de agitație ce poate ajunge la manifestări clactice (distrugerea nediferențiată a tot ceea ce e în jur). Dar, e posibilă și:

- neliniștea psihomotorie în spațiu restrîns (= spațiul patului etc.);
 - deplasarea de tip dromoman crepuscular.
- La acest tablou clinic-psihopatologic se pot adăuga:
- tulburări perceptiv-halucinatorii, predominant vizuale – „oniroide” – dar, și din alte domenii senzoriale; Acestea se pot desfășura într-o atmosferă de „derealizare” („ca de vis”); subiectul participă intens afectiv și comportamental la aceste trăiri oniroide, care în mod frecvent reactualizează trăirile sale profesionale sau socio-familiare.

2. SINDROMUL CATATON

Dacă substratul neurofiziologic al sindromului cataton este indiscutabil pentru orice clinician, echivalentul său în existența psihică normală a persoanelor este mai greu de identificat. Aceasta

cu atît mai mult în zilele noastre, cînd nu sînt cultivate trîirile extatice mistice care, în mod obișnuit, sînt însoțite de posturi neobișnuite. Cu secole în urmă, trîirile de tip „posesiune” psihică din partea unor spirite supranaturale erau considerate, de asemenea, firești, iar omul „posedat” se prezenta în anumite poziții ciudate. Pozițiile standard ale rugăciunilor și meditațiile mistice nu sînt suficient de semnificative pentru interpretarea echivalentelor culturale ale acestui sindrom. De fapt, într-un mod de neînțeles, sindromul cataton a devenit extrem de rar în ultimele decenii în țările civilizate (inclusiv forma clinică catatonă a „schizofreniei”). În perspectivă psihopatologică nu poate fi, însă, prea ușor ignorată această *corelație tradițională cu posesiunea și dirijarea persoanei de către o altă forță personalistă din exterior*. Ca elemente semiologice tradiționale pot fi menționate:

- Stupor, adică nemișcare psihomotorie cu hipertonie și menținerea corpului în poziții bizare, uneori, patetice;

- În perspectivă relațională se menționează ca forme succesive sau alterne: – lipsa de inițiativă și *mutism*; – opozitivitate și negativism (inclusiv alimentară); – păstrarea pozițiilor imprimate (=flexibilitate ceroasă“); – fenomene de „ecou” comportamental (ecomimie, ecopraxie, ecolalie). În general, comunicarea verbală reciprocă cu interlocutorul ce considerată ca imposibilă.

- Modele comportamentale și expresive ciudate și neexplicate (neexplicabile):

- Stereotipii și manierisme atitudinale, gestuale, mimice, comportamentale; uneori, impresionează aspectul hiperexpresiv – patetic al acestuia;

- Agitație în spațiu restrîns oricît spațiu ar avea pacientul la dispoziție. —

Sindromul cataton se desfășoară și se identifică în plan comportamental-expresiv deoarece comunicarea firească nu e posibilă. Rămîn două perspective sindromatice majore cu care se poate articula și anume:

- Denivelarea cognitivă a vigilității în cadrul unor sindroame psihoorganice cu posibile stări oniroide delirante subiacente;

- Tulburarea schizomorfă pozitivă, cu multiplele fenomene „productive” ce o constituie.

3. SINDROMUL DEMENTIAL

Acesta constă dintr-un deficit cognitiv global (așa cum e prezentat la nivelul deficitului vigilității conștiente), care e acceptat în perspectiva mnestică, a orientării și discernământului și care e persistent, cu tendință de agravare progredientă. Se cer, deci, subliniate:

- Grava deficiență mnestică, anterogradă, dar mai ales retrogradă. Pierderea fondului mnestic poate fi masivă, întinzându-se pe o largă perioadă a biografiei. Uneori, confabulațiile compensatorii pot prezenta profilul unui sindrom Korsakov.

În corelație strinsă cu tulburările mnestice sînt și:

- Deficiențe perceptive, uneori, cu false identificări. Alteori, însă, subiectul își dă seama (corect reflexiv) de deficiența mnestică sau de cea de înțelegere (aprehensiune), dar nu poate controla handicapul și suferă.

- Dezorientare spațială, temporală, biografică și situațională. Acestea sînt prezente atît în reprezentare și relatare, cît și în fapt, determinînd un comportament greu de controlat.

- Deficiențe de judecare cu discernămint (evaluarea consecințelor valorice a propriilor acte pentru sine și pentru alții).

În raport cu deficitul cognitiv global (accentuat în direcțiile menționate și cu evoluție progredientă) mai sînt, de obicei, prezente în diverse grade:

- Inhibiție și lentoare a funcțiilor psihice;
- Deficiențe ale autocontrolului instinctiv și emoțional;
- Deficiență conativă globală;
- Dispoziție depresivă;
- Tulburări neurologice de focar și de sistem.

4. SINDROMUL MANIACAL

În centrul sindromului maniacal se plasează:

- Dispoziția euforică caracterizată prin: - stare subiectivă de bine (nemotivată), sentimentul scurgerii rapide a timpului și a

unui viitor favorabil; – bună părere despre sine și sentiment de capacitate (și abilitate) crescută; – percepție cognitivă distorsionată în această direcție; – sociabilitate crescută (dorință și plăcere de contact social) cu transmiterea către alții a bunei dispoziții.

La acestea se adaugă:

– Dezinhibiția și accelerarea derulării proceselor bio-psihice. Aceasta constă: în plan cognitiv: – ideeție crescută; – accelerarea cursului gândirii cu asociații multiple, superficiale (presiune ideativă); productivitate verbală crescută (logoree), hipermnezie (de evocare și fixare), percepție intensificată, atenție mobilă (cu concentrare și persistență dificilă); – creștere cantitativă și accelerarea derulării cursului vorbirii (uneori, e prezentă „presiunea ideativă” în sensul că subiectul resimte mai multe gânduri decît poate verbaliza). Există o lipsă de reticență în exprimarea verbală, uneori, pornolalie sau agresivitate verbală. Decizia și trecerea la act sînt rapide, psiho-motricitatea crescută cantitativ și se derulează rapid, crește expansivitatea și activitatea (inițiative multiple, de obicei, nefinalizate); se poate ajunge la mișcare permanentă, neliniște, agitație. Energie fizică crescută, lipsă a oboselii, creștere reală a performanțelor fizice, nevoie redusă de somn. Dezinhibiție și creștere cantitativă în plan instinctiv: erotic (ca libido și act), în planul agresivității (predominant verbale) și în plan alimentar. Dezordine în bioritmuri.

În formele ușoare avem o creștere a funcționării cognitive și conative cu amplificarea performanțelor.

5. SINDROMUL DEPRESIV

Ca sindrom depresiv standard poate fi considerată depresia inhibată.

În centrul sindromului depresiv se plasează:

– Dispoziția depresivă caracterizată prin: dispoziție tristă, sentimentul scurgerii lente a timpului, lipsa de speranță (cu dezinteres față de prezent și repliere pe trecut), preocupări și comportament suicidar, sentiment de scădere a vitalității cu disconfort general, sentiment de lipsă de energie (astenție),

impresia de capacitate și valoare redusă, idei de vinovăție, preocupări hipocondriace, contact social și sociabilitate redusă pînă la necomunicare. Evaluarea propriului comportament și a atitudinii altora este distorsionată în perspectiva trăirii depresive (auto-depreciere, vinovăție).

La acestea se adaugă:

– Inhibiția și încetinirea derulării proceselor psihice (în plan cognitiv: ideatie scăzută cantitativ, lentoarea cursului ideativ, gîndire ineficientă, hipomnezie de fixare și evocare, percepție diminuată, atenție redusă (din punct de vedere al concentrării, persistenței, volumului); atenție crescută acordată propriului corp (cu senzații neplăcute)/. Reducere cantitativă și lentoare a limbaj (pînă la mutism). /Reducerea cantitativă și lentoare a mișcării (pînă la stupor)/. Inhibiție instinctivă: alimentară (inapetență cu scădere în greutate), sexuală (ca libido și act), agresivitate tensionată repliată pe sine.

Tulburare de bioritm cu somn perturbat, scurtat, coșmaruri, trezire matinală, rău matinal.

Tulburări în funcționarea somatică (spasme).

În depresia inhibată se întîlnește atît un deficit cognitiv general, cît și unul conativ general. De aceea, el se cere diferențiat față de:

– Deficitul cognitiv de vigilitate demential, din sindroame organice (frontale), din schizofrenia negativă.

– Deficitul conativ din schizofrenia negativă, sindroame organice (frontale), demență.

6. SINDROMUL ANXIOS

În centrul sindromului anxios stă; – *dispoziția anxioasă* constînd din: – sentimentul unui pericol iminent neprecizat; – îngrijorare și așteptare anxioasă; – imaginarea unor eventualități nefavorabile; – eventual, sentimentul unei catastrofe iminente sau a morții iminente. Raportarea la ambianță este investigatorie, iar prezentul este trăit dificil datorită orientării spre viitorul periculos. Sentiment de nesiguranță interioară. În raport cu acest nucleu mai sînt prezente:

– Instabilitate psiho-motorie constând din: – atenție mobilă, de investigare cu concentrare dificilă; – neliniște motorie, pe loc și/sau în deplasare, cu hipertonie musculară (dificultate sau imposibilitate de relaxare musculară).

– Tulburări de bioritm și disomnie: – rău vesparal, dificultate de adormire (cu lipsa relaxării psihice și motorii, frică de coșmaruri, frica de a nu muri în somn); somn redus, cu treziri multiple și coșmaruri (vise de cădere în gol, de mers în condiții neasigurate, dificultăți în mers, amenințări, catastrofe).

– Nevoia de protecție printr-o persoană sau ambianță protectivă;

– Tulburări neurovegetative mai ales cardio-circulatorii, dar și transpirații, tahipnee, tulburări digestive.

O modalitate aparte o constituie *anexitatea paroxistică sau atacul de panică*. Acesta constă dintr-o tulburare ce apare brusc – uneori în anumite condiții – și durează un timp limitat. Subiectul are sentimentul morții iminente (sentiment de sufocare, oprire a inimii, cădere în gol, depersonalizare) și pronunțate tulburări neurovegetative (tahicardie, dispnee, tranzit intestinal accelerat, transpirații, alții etc.).

Anxietatea se poate conjuga cu unele fobii speciale ca cea de boală sau înnebunire. Uneori, se poate articula cu trăiri relaționale ori sentiment de ostilitate din partea altora. Legătura cu trăiri prevalent delirante nu este la fel de congruentă ca în manie și depresie, ci mediată prin fobii speciale, de situații, de oameni. Anxietatea e mai intensă în contextul delirului paranoid (ajungând până la agitație anxioasă) deoarece ordinea susține tematizarea fobică (iar dezordinea anxietatea propriu-zisă). Combinarea anxietății cu depresia e frecventă.

7. MACROSINDROMUL DEFICITAR (DE SĂRĂCIE PSIHICĂ) SCHIZOMORF

Sindromul de delirium și sindromul demential sînt deficitare în prima instanță în plan cognitiv. Unitatea sindromatică astenică se referă la un deficit predominant energetic. Între U.S.

s-a menționat și „deficitul global conativ-activ” care este complex, vizînd motivația, dinamizarea, acțiunea, relaționarea. Între sindroamele complexe se poate identifica un tablou psihopatologic cu importanță semnificație clinică deoarece e considerat ca o componentă importantă a schizofreniei. În centrul său se poate considera că stă *depersonalizarea*, înțeleasă în sens larg. Acest macrosindrom deficitar „schizo-morf” se combină, de obicei, cu elemente ale macrosindromului schizo-dezorganizat și schizo-productiv. Într-o modalitate standard se poate considera că el constă din:

- Deficit cognitiv al atenției, în perspectiva filtrului și ierarhizării informațiilor (U.S. 9);

- Deficit cognitiv de aprehensiune, de înțelegere a mesajelor și situațiilor (U.S. 9);

- Depersonalizare (U.S. 39) în plan corporal, psihic și social;

- Deficit global conativ-activ (U.S. 37), constînd din tablou amotivațional, apatic, abulic, astenic;

- Deficit special de contact și relaționare socială, cu retragere socială și uneori, cu imposibilitatea contactului și închidere în sine patologică (autism) (45, 35);

- Unele elemente ale U.S. 7, adică inhibiție și încetinire globală a proceselor psihice.

Acest tablou sindromatic complex al „sărăciei psihice” schizomorfe se cere diferențiat, în primul rînd, de *sindromul depresiv* unde predomină: - deficitul de concentrare a atenției, dezinteres pentru ambianță, dispoziție depresivă, tulburări de bioritm, inhibiție globală instinctivă, iar sindroamele sau U.S. asociate sînt altele. De asemenea, U.S. a deficitului conativ-activ se întîlnește în unele suferințe organice cerebrale (sindromul frontal). În unele cazuri de inhibiție psihomotorie pronunțată ne apropiem de sindromul cataton.

8. MACROSINDROMUL SCHIZO-DEZORGANIZAT

Acesta se referă, în primul rînd, la ceea ce Bleuler a încercat să sugereze prin noțiunea de „spaltung”, adică o fragmentare a

psihismului, un deficit în sinteza eului, a gândirii, vorbirii și comportamentului. Această lipsă de sinteză, dezorganizare ideo-verbală și comportamentală perturbă grav comunicarea interpersonal-socială a persoanei. Prin perturbarea identității persoanei și a comunicării acest M.S. se apropie de celelalte 2 M.S. schizomorfe „productiv” și „deficitar”. Într-o modalitate standard se poate considera că el constă din:

– Ambivalență (U.S. 40) în plan afectiv, decizional, interpersonal;
 – Dezorganizare conceptuală ideo-verbală (U.S. 22)
 constând din:

- tulburări formale de gândire și vorbire;
- tulburări logico-semantic.
- Comportament motivat patologic (U.S. 51):
- emotiv și comportamental fără motivație decelabilă;
- expresie și comportament manierist, stereotip;
- comportament cu motivație bizară, neadevătată.

Atît în plan ideo-verbal (logic-semantic), cît și motivațional-comportamental, aceste tulburări se cer diferențiate de cele echivalente pînă la un punct, care pot apare în cadrul dezinhibiției și accelerării globale a vieții psihice (U.S. ce se întîlnește frecvent în cadrul sindromului maniacal). Combinațiile și interferențele nu sînt de exclus deși, de obicei, contextul sindromatic este divergent.

9. CONVINGERI PATOLOGICE – DELIRURI

Pe scurt, delirul este definit ca o convingere într-o idee falsă. Această idee se referă, însă, la propria persoană, la particularitățile, valoarea, poziționarea propriei persoane în raport cu alții, cu lumea umană. Convingerea patologică delirantă despre propria poziție în lume atinge un aspect central al existenței persoanei. De aceea, delirul nu poate fi tratat ca un simplu simptom, ci ca un sindrom standard.

Pentru a fi vorba de o convingere patologică de tip delirant, aceasta trebuie nu doar să fie neadevărată, ci să capteze principală preocupare a psihismului a cărui disponibilitate de contact bogat

și complex cu lumea se reduce simțitor. Caracteristic pentru convingerea delirantă este această simplificare deformatoare a psihismului, rigiditatea convingerii, neinfluențabilitatea ei (de evenimente și argumente) și faptul că ea determină un comportament neadecvat social, alienant. În aceste condiții o convingere mai mult sau mai puțin falsă poate fi considerată ca patologică.

În privința convingerilor patologice se mai cer a fi operate următoarele diferențieri:

a) **Ideea prevalentă** este o convingere anormală într-o temă marginală realității, neadevărată, dar plauzibilă, în care subiectul crede, avînd o anumită argumentare, cu o trăire efectivă secundară, congruentă și care centrează preocupările și comportamentul subiectului o perioadă de timp. Apare mai ales la persoane particulare (sau dizarmonic-psihopate) și are o anumită corelație cu evenimente trăite. Ea se poate stinge în contextul derulării existenței și a ciclurilor vieții.

b) **Delirul sistematizat, de tip paranoiac**, reprezintă o convingere patologică a cărei legături raționale cu evenimente trăite nu este evidentă (sau e extrem de laxă), avînd, deci, un caracter „endogen” și bazîndu-se (sau fiind în strînsă corelație) cu alte trăiri patologice din seria iluzii și interpretări patologice, modificări afective endotime (expansive, depresive, anxioase) sau alte trăiri din seria tulburărilor paradelirante. Halucinațiile sau alte sindroame psihopatologice standard nu sînt evidente. Delirul se desfășoară într-o evidentă coerență și logică și centrează existența și comportamentul pacientului. La fel ca în cazul convingerilor prevalente este important factorul personalitate (tipologie, dizarmonie, biografie), în schimb, factorul „eveniment trăit” nu mai joacă un rol important.

c) **Delirul nesistematizat (de tip paranoid)**. În această eventualitate e prezentă convingerea delirantă, dar fără sistematizare și aparență de logică. Ea se corelează cu alte sindroame psihopatologice cognitive și depersonalizante: tulburări paradelirante, halucinatorii, depersonalizare, transparență-influență, dezorganizare conceptuală (disociație) ideo-verbală, confabulație. Tulburarea afectivă (euforică, depresivă, anxioasă, iritabilă) nu ocupă un loc dominant în tabloul clinic, dar poate fi în același

raport de întreținere reciprocă. În funcție de intensitatea și persistența convingerii patologice ar fi utilă o diferențiere între:

- Ideea (impresia) delirantă;
- Convingeri delirante ferme.

d) **Delirul secundar.** E prezent în contextul unor tulburări afective majore, apărând ca o prelungire congruentă a particularităților atitudinale proprii acesteia. Adică, în starea maniactală și depresivă. Pot fi prezente și halucinații congruente. În cazul anxietății și iritabilității ar putea fi reținută în această categorie doar trăirile delirante simple, neînsoțite de alte tulburări psihopatologice (mai ales din seria depersonalizării). De asemenea, ar fi utilă o diferențiere între:

- Ideea (impresia) delirantă;
- Convingerea delirantă fermă.

Datorită faptului că starea afectivă domină acum tabloul clinic, sistematizarea delirului nu mai apare ca pregnantă ca în cazul b).

Diferențierea dintre eventualitățile a), b), c) și d) este importantă, dar necesită multă grijă în identificare și diferențiere clinică. Aspectul particular al sindromului delirant constă în faptul că el trebuie diferențiat de alte sindroame psihopatologice.

Tematica delirantă. Aceasta se poate referi practic la orice convingere umană importantă. Unele convingeri delirante apar, însă, ca bizare, absurde, fantastice.

Teme referitoare la propriul corp:

- Teme hipocondriace;
- Temă de posesiune zoopatică;
- Temă de posesiune demoniacă;
- Temă de transformare corporală. Dismorfofobie;
- Temă de transformare sexuală.

Teme referitoare la propria identitate, capacitate, valoare:

- Temă de modificare a identității, nouă identitate;
- Temă de descendență ilustră;
- Teme de abilități (capacități extraordinare);
- Teme de posesiuni (bogăție extraordinare);
- Teme de misiuni speciale (politice, mistice);
- Teme de nimicnicie;
- Temă de vinovăție;
- Temă de ruină.

Temе referitoare la relațiile cu alții:

- Temă de relație senzitivă (a fi în centrul atenției altora);
- Temă de punere sub control;
- Temă de urmărire;
- Temă de persecuție, distrugere, omorîre;
- Temă de acțiune xenopatică;
- Temă de gelozie;
- Temă erotomană;
- Temă de admirație.

10. HALUCINAȚIILE

Halucinația a fost definită simplu ca o percepție fără obiect de perceput, deci, fără informații actuale care să stea la baza trăirii perceptive respective. În perspectiva relațiilor dintre trăirea halucinatorie și informațiile actuale s-ar putea face următoarele distincții:

a) Trăirile de tip halucinator pot fi dependente direct și explicit de un fapt perceptiv nemijlocit care e perceput ca metamorfozat. Aceasta ar fi „halucinația funcțională”, iar corespondentul ei în marginea normalității ar fi „paraeidolia”. De exemplu, subiectul aude voci care vorbesc despre el de câte ori trece un tramvai sau cîntă o pasăre. Sau, amplificînd o trăire de tipul iluziei, cînd două persoane discută la distanță, percepe cum acestea discută despre el. Halucinația funcțională este mai frecventă în unele arii senzoriale, cum ar fi cea gustativă (simte mîncarea ca avînd un gust modificat).

b) Halucinații independente aparent de un suport senzorial prezent, trăite în mijlocul cîmpului perceptiv, amestecîndu-se de la egal cu alte elemente corect percepute ale acestuia. De obicei, persoana ce trăiește halucinații percepe mai puțin pregnant ambianța cu care este totuși în contact informațional curent.

c) Halucinații pregnante trăite pe un fond perceptiv mult estompat, vag, șters, pe care-l ignoră în cea mai mare măsură.

Unele halucinații vizuale de tip oniroid, dar și unele halucinații auditive deosebite, pot aparține acestei categorii.

d) Halucinația psihică este o trăire de tip halucinator pe care subiectul o resimte în interiorul schemei corporale. De exemplu, aude voci „în cap”. În aceeași categorie pot fi descrise și halucinații vizuale sau olfactive. În ceea ce privește halucinațiile kinestezice și cele sexuale distincția nu mai e operantă.

Halucinațiile sînt comentate în raport cu domeniile senzoriale. Uneori, se combină 2 sau 3 domenii. De asemenea, este importantă, totdeauna, precizarea relației cu o eventuală trăire delirantă.

Domeniul auditiv. La acest nivel halucinațiile sînt corelate universului audio-verbal (deși sînt posibile și halucinații auditive simple, melodice) și se pot desfășura în toate modalitățile a), b), c), d). În primele 3 cazuri pacientul poate descrie, de obicei, intensitatea, timbrul vocilor, distanța și direcția de unde vin, uneori, apartenența la o anumită persoană. De obicei, se face diferență între: – halucinații auditive apelative (în care subiectul este strigat, solicitat pe nume); – halucinații imperative, în care i se comandă să facă o acțiune; – halucinații comentative în care 2 sau mai multe persoane sînt auzite, ele discutînd despre pacient, evaluîndu-l global sau comentînd acțiunile ori trăirile sale. În cazul d) se cer diferențieri față de fenomenele de transparență-influență.

– *Domeniul vizual.* Halucinațiile vizuale pot fi de toate tipurile (a–d). Ele pot fi simple (pete de lumină, imagini geometrice ori sub formă de ființe naturale sau supranaturale. Pot apare animale diverse, oameni etc., ca simple prezențe sau cuprinși în scene care se derulează și în care subiectul se poate simți mai mult sau mai puțin implicat. Se pot combina cu halucinații auditive. Uneori, apar pe un fond de vigilitate redus, ca echivalentul unor stări oniroide (vis cu ochii deschiși). Halucinațiile vizuale se pot detașa de ambianța corect percepută, impresionînd puternic pacientul care participă la ele afectiv și comportamental.

– *Domeniul gustativ.* De obicei, halucinațiile funcționale sînt corelate strîns cu convingeri delirante. Gustul mîncării apare modificat, corelat cu ideea otrăvirii.

– *Domeniul olfactiv.* Subiectul resimte mirosuri inexistente, corelîndu-le cu idei sau convingeri delirante. Poate resimți, de

asemenea, mirosuri speciale pe care le degajă propriul corp (de obicei neplăcute, întreținând idei de relație senzitivă).

– *Domeniul tactil*. Pacientul resimte senzații deosebite pe piele sau sub piele, interpretându-le, uneori, ca datorită unor parazitoze. Este clasică trăirea din psihoza etilică acută în care pacientul vede și simte, în același timp, animale mici ce se urcă pe corpul său.

– *Domeniul sexual*. Pacientul poate resimți modificări ale organelor sexuale sau senzații de orgasm.

– Liminar trăirilor halucinatorii ar fi și cele etichetate, de obicei, ca „iluzii de schemă corporală”; Pacientul resimte că o parte a corpului sau corpul în întregime este mai mare sau mai mic.

– *Domeniul kinestezic*. Pacientul resimte că este împins, tras, că se acționează pe dinăuntru asupra corpului său.

– *Domeniul interoceptiv*. La acest nivel halucinațiile sînt greu de susținut. Unii pacienți afirmă că simt cum inima s-a oprit și nu mai funcționează, dar aceasta poate fi o convingere sau o confabulație.

În domeniul trăirilor halucinatorii imaginația joacă un rol important, iar implicarea ei în tulburările psihopatologice afirmate se cere analizată cu atenție.

11. MACROSINDROMUL PSIHOTIC „PRODUCTIV” SCHIZOMORF

Între tulburările psihopatologice majore, care se întîlnesc în psihoze, principalele sindroame „productive” sînt delirul și halucinațiile. În clinica psihiatrică se întîlnește, însă, și un complex sindromatic intermediar între acestea și depersonalizare, înțeleasă într-un sens larg, și care ar fi caracteristic „schizofreniei pozitive” („productive”). Acest macrosindrom se conjugă, de obicei, cu macrosindromul deficitar schizomorf și cu cel schizo-dezorganizant, accentuîndu-se astfel dificultatea de comunicare, caracteristică schizofreniei. Într-o modalitate standard acest macrosindrom ar consta din:

- Transparență-influență (U.S. 41).
- Halucinații speciale, exprimând punerea subiectului „sub control“ (halucinații auditive comentative, imperative).
- Tulburări paradelirante (U.S. 43) ce exprimă, de asemenea, punerea sub control, supravegherea (impresie de înregistrare, false identități de persoane, relație senzitivă, dispoziție delirantă, semnificații speciale, derealizare).
- Deliruri speciale: de urmărire, persecuție, distrugere, deliruri de transformare sau deliruri bizare (condiționate și de dezorganizarea logico-semantică).
- Anxietate.
- Retragere socială și necomunicare, condiționată predominant de conținutul trăirilor (frica de alții).

Majoritatea tulburărilor menționate fac parte din simptomele de prim rang ale lui K. Schneider.

Diferențierea esențială care se cere făcută este față de delirul paranoid simplu, caracterizat prin convingeri de persecuție cu halucinații congruente și anxietate, dar în care nu se identifică elemente ce vizează intimitatea și identitatea persoanei. În unele cazuri, desigur, diferențierea e dificilă.

12. SINDROMUL OBSESIV-COMPULSIV

Obsesia se definește, de obicei, ca o trăire ce se impune subiectului fără voia lui și pe care nu o poate îndepărta voluntar. El este „asediat“ de trăirea obsesivă, care-l „constrânge“, obligându-l să o accepte, parazitându-l.

Obsesia ca sindrom apare ca încadrată, pe de o parte, de nesiguranță (indecizie, ambitendență), pe de altă parte, de o rigiditate ritualică care oferă o pseudo-siguranță, interzicând tot ce e neprevăzut.

Între obligație și interdicție nu mai e loc pentru libertatea decizională, pentru spontaneitate și eventualități.

În sens restrâns, obsesia se referă la trăirea subiectivă, iar compulsia la intenția de act. Termenul de obsesie este, însă, mai general, referindu-se la întreg domeniul.

Ca trăiri obsesive se pot menționa:

- amintiri obsesive;
- reprezentări obsesive (incluzînd și imaginarea obsesiei);
- ruminații ideatice: preocupări obsesive sterile pentru probleme abstracte și insolvabile, resimțite chinuitor;
- frici obsesive care revin ca reprezentări.

Ca trăiri compulsive se pot menționa:

- verificări obsesive;
- numărătoare obsesivă (=aritmomanie), realizată după un ritual anume, după un algoritm de numărare, pe baza unei cifre care se multiplică;

- intenții de act obsesive; acestea sînt, de obicei, încărcate de agresivitate și corelate cu fobii. Ele pot fi:

• *autoagresive*: compulsia de a se arunca în gol, de mutilare, de suicid;

• *heteroagresive*: compulsia de a blasfemia în locuri sacre, de a înjura în public, de a distruge, de a da foc, de a lovi pe alții, de a mutila pe alții, de a ucide o ființă apropiată (de obicei, propriul copil de către mamă).

• *acte obsesive sau ritualuri*. Sînt acte simple, repetitive, care pot fi:

· cu o motivație fobică, (de exemplu, spălatul repetat pe mîini după atingerea unor obiecte resimțite ca murdare, contaminate, pline de microbi);

· cu o motivație obsesivă (de exemplu, de a atinge un obiect sau o persoană de un număr de ori, de a repeta un gest simplu de un număr de ori etc.);

· uneori, actele obsesive sînt, aparent, lipsite de orice motivație, dar pacientul se simte obligat să le execute ca un ritual magic.

Așa cum rezultă din prezentarea noastră trăirile obsesive se pot interfera cu cele fobice și cu depersonalizarea, dar ele rămîn, în esență, obsesive (cu alte cuvinte, avem de-a face cu fobii-obsesive și cu „trăiri depersonalizante-obsesive“ și nu cu o simplă intersecție sindromatică).

Se consideră ca făcînd parte din sindromul obsesiv și:

- Nesiguranța, ambitendența;

- Comportamente rituale de organizare fixă a ambianței și unele comportamente stereotipe.

Sindromul obsesiv se intersectează frecvent cu sindromul depresiv și parțial, cu anxietatea.

13. SINDROMUL FOBIC

Prin fobie se înțelege, de obicei, o frică intensă și insuficient de motivată de anumite obiecte, ființe, situații. Contactul cu „obiectul fobogen” determină o stare neplăcută, de obicei, un „atac de panică”. Pentru persoana cu trăiri fobice lumea se împarte în două teritorii distincte: domeniul asigurat și protejat și domeniul nesigur, neprotejat, marcat de pericole, fobogen. Cunoșcând situațiile fobogene și domeniile nesiguranței fobogene, pacientul dezvoltă conduite de evitare și asigurare.

O clasificare în prezent acceptată a fobiilor este:

a) **Fobii sociale.** Subiectul se simte neplăcut (în nesiguranță, pericol, cu reacții negative) în situațiile în care trebuie să se manifeste în societate, în fața unor persoane mai puțin cunoscute, care-l privesc, astfel încât apare în centrul atenției. De exemplu, când vorbește în public, se prezintă la un examen public, conduce o adunare, se manifestă într-un spectacol sau, uneori, chiar dacă mănâncă, scrie sau execută alte activități obișnuite în prezența publicului sau cu sentimentul că poate fi în atenția altora. În aceste împrejurări, de obicei, subiectul roșește, execută cu dificultate acțiunea începută, se blochează sau are un atac de panică. De aceea, progresiv, va căuta să evite astfel de situații. Uneori, faptul că a roșit în public devine o preocupare aproape obsesivă, având fobia ca fenomenul să nu se mai repete (= *ereutofobia*). Alteori, faptul că a avut „trac” face ca, prin mecanism obsesiv, eșecul să se repete în aceeași situație. De asemenea, e posibil ca fobia de a răspunde în fața altora să se transforme în „fobie de examen”.

Fobia socială poate apare ca o sechelă a „fobiei de contact” cu persoane străine, pe care o au unii copii în corelație, uneori, cu

fobia de separare (de mamă și locuri asigurate). Fobia de contact social poate exprima și o emotivitate socială crescută. De asemenea, ea poate fi expresia unei „învățări patologice”. Fobia socială poate conduce la preocupare excesivă față de apariția în public, la o predispoziție față de „trăiri relațional-senzitive” și la conduite de evitare a societății, cu izolare socială.

b) **Fobii speciale.** Acestea sînt fobii față de anumite obiecte, ființe ori situații. De exemplu, fobii față de anumite animale, față de întuneric, de foc, de apă, tunete etc.

O categorie specială o constituie unele fobii obsesive, cum ar fi fobia de cuțit. Tot specială și obsesivă este fobia de murdărie și microbi ce sugerează o nesiguranță a limitelor ferme ale corpului și eului o „depersonalizare de fundal”.

O altă fobie specială este cea de boală (*nosofobia*). Din aceeași serie fac parte fobia de medicamente și fobia „de a nu înnebuni”.

c) **Fobii spațiale.** Principale sînt:

- *Claustrofobia* în sens restrîns. Constă în fobia de spații înguste și închise, fără posibilități rapide de evacuare (de ex. în ascensor apare o senzație de sufocare);

- *Agorafobia* (în sens restrîns) constă în fobia de spații largi care nu pot fi parcurse fără sprijin; apare o senzație de nesiguranță, vertij, cădere în gol, rău general etc.;

- *Fobia de adîncime, înălțime.*

d) O categorie specială o constituie „*agorafobia în sens larg*”. Aceasta constă în nesiguranță și frică de spațiile publice. Pacientul nu prezintă simptome în spații asigurate (casă, profesie, serviciu), dar nu poate merge singur pe stradă, la cumpărături, spectacole etc. Uneori, poate parcurge drumul de acasă la serviciu cu un taxi sau cu bicicleta, dar nu cu mijloacele de transport în comun (autobuz, tramvai) în care prezintă atacuri de panică. În unele cazuri apare evidentă o claustrofobie specială (în care joacă un rol important și fobia socială): pacientul se poate deplasa într-un autobuz gol, dar nu într-unul aglomerat, poate face cumpărături într-un magazin gol, dar nu într-unul plin. În cadrul agorafobiei, în sens larg, apar evidente și alte situații, cum ar fi fobia de transport cu trenul, cu avionul, de participare la ședințe, spectacole (mai ales cinematograf), reuniuni publice ș.a.

14. STĂRI DISOCIATIVE DE CONȘTIINȚĂ

Elementul esențial al acestui sindrom, întrevăzut de Janet, constă în lipsa (temporară) a legăturii coerente și a sintezei dintre diverse sectoare ale vieții psihice, dar cu păstrarea concomitentă a unor alte sectoare în care aceasta se desfășoară aparent normal. De exemplu, poate fi invocată situația conversiunii corporale (a tulburărilor senzorio-motorii psihogene); context în care vigilitatea și restul desfășurării relațiilor, acțiunilor și manifestărilor psihice continuă să se deruleze normal. Și la fel în cazul „amneziei electivă”, a „dromomaniei crepusculare” etc. Un alt aspect definitoriu al acestui sindrom complex este orientarea hiperexpresivă a comportamentului și manifestărilor sau ceea ce Jaspers exprima prin formula „a părea mai mult – și altceva – decât ești”. Tulburările psihopatologice directe ce configurează acest sindrom au, întotdeauna, și această conotație hiperexpresivă.

În cazul sindromului în discuție pot fi inventariate următoarele simptome, unități sindromatice sau sindroame simple:

- Deficiența senzorio-motorie psihogenă (=conversiunea corporală, U.S. 45);
- Mișcări involuntare psihogene (S 193);
- Imobilitate cu deficiență de vigilitate și relații îngustate cu ambianța (în cadrul leșinului psihogen);
- Stare crepusculară, dromomanie (U.S. 19);
- Amnezie electivă (și lacunară) S 39;
- Dorința de a fi considerat bolnav (U.S. 54);
- Hiperexpresivitate, inclusiv tulburări de somatizare (U.S. 32);
- Mitomanie și confabulații (S 64, 63).

La fel ca în cadrul multor sindroame complexe, se cere, pe cât posibil, o diferențiere între elementele semiologice care aparțin unui episod maladiv și cele ce sînt incriminabile unor trăsături de fond ale unor structuri (personalități) patologice. Coerența acestui sindrom standard (la fel ca și a altora) se cere identificată nu doar prin elemente bazale (în acest caz delimitarea tulburărilor și hiperexpresivitate), ci și prin argumente de psihopatologie antropologică.

15. SINDROMUL DE PASIVITATE-DEPENDENȚĂ

Acesta este menționat la acest nivel, separat de simptome și U.S., datorită importanței sale clinice deosebite în perspectiva toxicomaniilor și a altor entități nosologice. Tulburarea pe care o exprimă acest sindrom este, în egală măsură, semnificativă pentru anumite episoade maladive, cât și pentru tulburări de fond ale terenului, inițiale sau defective, post-maladive. Elementele principale de caracterizare sînt:

– O stare de deficit global conativ-activ (=deficit motivațional, apatic, abulic). Sînt posibile și frecvente tulburări din seriile:

- depersonalizare;
 - ambivalență;
 - nesiguranță interioară;
 - dispoziție anxioasă;
 - dispoziție instabilă.
- Sugestionabilitate crescută.

– O relaționare interpersonală de tip pasiv-dependent față de o persoană cu capacitate dominatoare de decizie, control, care e resimțită ca securizantă. Sînt posibile nuanțe:

- atitudine pasiv-agresivă;
- atitudine ambivalentă.

Această conjunctură creează în copilărie situații psihopatologice aparte, cum ar fi: – anxietate de separare; – anxietate de contact. Acestea se pot combina în variate modalități și pot avea diverse intensități, de la „psihoza simbiotică” pînă la „fobia de școală”.

Sindromul de dependență se poate manifesta și în raport cu:

- o situație spațio-existențială protectivă, securizantă;
- o substanță psiho-activă care realizează o funcție gratifiantă, directă și/sau simbolică, reducînd anxietatea, sentimentul de nesiguranță și singurătate.

Dependența de persoane, ambianță și substanțe este strîns interconectată și pînă la un punct interșanjabilă.

16. SINDROMUL COMPORTAMENTULUI ANETIC

La acest nivel se poate reveni cu un comentariu ce a mai fost făcut, privitor la faptul că o anumită unitate semiologică poate fi prezentă și poate transgresa diversele nivele, inclusiv nivelul global al semiologiei. Faptul că există cazuri de existență umană la care se poate identifica constant ignorarea conștientă (deliberată) a normelor și legilor sociale, a principiilor și valorilor etice, ține seama în egală măsură de diagnosticul psihopatologic și de cel antropologic. La acest nivel interesează mai ales persoanele care se folosesc de alții ca de instrumente pentru obținerea propriilor obiective și satisfacții, care sînt indiferente față de soarta și suferința celor pe care-i implică în propriile proiecte existențiale și chiar cazurile celor ce simt o satisfacție din a chinui pe alții. În toate aceste circumstanțe, pe lângă perspectiva etică sînt implicate o mare varietate de funcții și structuri psihice, deci, multe simptome și sindroame psihopatologice. De fapt, această tulburare se plasează predominant în domeniul modificărilor psihopatologice ale terenului și doar indirect în cele ale unui episod maladiv.

4. CONFIGURAȚII SAU FAMILII SINDROMATICE ÎN PERSPECTIVA CLINICĂ A EPISODULUI MALADIV

Prezentarea unităților semiologice, a simptomelor (I), a sindroamelor simple (II) și complexe (III), presupune o importantă cotă de arbitrar, de standardizare ideală. Acest fapt nu este doar inevitabil, ci și necesar metodologic, pentru a se obține repere cât mai clare și riguroase în vederea studierii cazurilor concrete.

În abordarea „episoadelor maladive” reale, situația se schimbă. Acum, e necesar a se inventaria și a se înregistra un tablou psihopatologic efectiv, pe cât posibil fără prejudecăți, omisiuni sau distorsionări. Desigur, o listare a tuturor simptomelor psihopatologice identificabile e utilă și necesară, dar ea nu are semnificație și relevanță fără de organizarea datelor semiotice în jurul unui *nucleu sindromatic complex*. Prezentarea macrosindroamelor (a sindroamelor complexe) a avut drept scop tocmai să orienteze semiologia spre *centre semiologice semnificative* cu corespondent în dimensiunea existenței persoanei conștiente (atît în perspectiva funcționării neuro-biologice, cît și în perspectiva specific antropologică). În capitolul de față se va încerca un pas înainte în această direcție, prin semnalarea principalelor „familii” în care se grupează, din perspectivă clinică, unitățile semiotice.

Vom aborda această problemă în perspectiva tradiționalelor „psihoze endogene”. Invocăm tradiția introdusă în psihopatologia clinică de Jaspers (discutabilă în mare măsură, dar avînd și anumite argumente solide care o mențin încă în centrul atenției și deciziei specialiștilor) privitor la ierarhizarea tulburărilor psihopatologiei clinice în funcție de criterii etiologice. Astfel, s-ar ordona succesiv și s-ar exclude mutual categoriile diagnostice condiționate predominant: organic-cerebral, endogen și psihogen.

Teoria în discuție propune și alte ierarhizări ca, de exemplu, în interiorul „psihozelor-endogene” ordinea: – schizofrenie, psihoze delirante, psihoze afective. Această perspectivă este acceptată și în cadrul elaborării noului manual internațional de diagnostic al bolilor psihice de către OMS-ICD-10. Deși considerăm că în interiorul grupului amplu al tradiționalelor psihoze endogene ierarhizarea menționată nu are sens să fie păstrată, acceptăm o ordonare a acestora după cum urmează:

0... *Psihoze marginale sau predominant organice* (condiționate prin suferințe organice-cerebrale identificabile);

1... *Clasa psihozelor depersonalizante* (dezorganizante) de tip schizofren;

2... *Clasa psihozelor de tip delirant;*

3... *Clasa psihozelor afective recurente;*

4... *Clasa tulburărilor de tip nevrotic și a tulburărilor de personalitate.* (schema 30 și 31, p. 425).

Am menționat aceste probleme de ierarhizare și ordonare pentru a avea un fundal clinic în comentariul ce urmează privitor la „familiile sindromatice” în cadrul psihozelor endogene.

O clasă nosologică – și în general o boală – nu se rezumă la un unic episod psihopatologic, oricât de „tipic” ar fi el. Dar, invocarea la acest nivel a acestor clase este necesară tocmai pentru a indica cadrul și fundalul la care fiecare episod se cere circumscris cât mai exact posibil, precum și familia sa semiologică.

În raport cu schema de mai sus, în perspectiva aspectului semiologic al episoadelor psihopatologice s-ar putea menționa următoarele:

1. Pentru clasa psihozelor depersonalizant-dezorganizante (schizo-morfe) episoadele tipice ar consta dintr-o combinație între:

1.1. Macrosindromul schizo-dezorganizant;

1.2. Macrosindromul schizo-deficitar;

1.3. Macrosindromul schizo-productiv;

2. Pentru clasa psihozelor delirante, episoadele tipice ar consta dintr-o combinație dintre:

2.1. Macrosindromul delirant;

2.2. Macrosindromul halucinator;

3. Pentru clasa psihozelor afective recurente, episoadele tipice ar consta din:

3.1. Macrosindromul depresiv inhibat;

3.2. Macrosindromul maniacal.

Prezentarea schematică de mai sus este un punct de plecare pentru discuții asupra familiilor sindromatice corespunzătoare. Astfel:

1. În familia sindromatică a episoadelor schizomorfe (depersonalizante și perturbatoare a comunicării interpersonale) se pot fișa următoarele particularități prezente în cadrul unui episod:

1.1. Aproximare și zonă de tranziție între: Macrosindromul schizo-productiv și cel delirant-halucinator. Acestea pot apare:

- în varianta bufeurilor scurte, în care un rol important îl pot juca și trăirile de depersonalizare, derealizare, instabilitate dispozițional-atitudinală, manifestările și comportamentele hiper-expressive etc.; fondul de personalitate și factorii reactivi pot avea un rol important;

- în varianta episoadelor de durată medie (de peste 3 luni), unde decizia între schizofrenia și psihoza paranoică poate fi, uneori, dificilă în cursul unui episod.

1.2. Aproximare și zonă de tranziție între macrosindroamele schizomorfe și cele afective. Eventualități.

- Macrosindromul schizo-productiv + macrosindromul depresiv;

- Macrosindromul schizo-productiv + macrosindromul maniacal.

În principiu, în ambele cazuri nu se întâlnește dispoziția atitudinală apatică și cea anxioasă; totuși dispoziția anxioasă se poate uneori combina cu cea depresivă și maniacală în respectivele episoade schizo-depresive și schizo-maniacale:

- Macrosindromul schizo-deficitar + macrosindromul depresiv;

- Macrosindromul schizo-dezorganizant + macrosindromul maniacal.

Variate alte combinații clinice ale unui episod sînt posibile, în măsura în care macrosindroamele sînt considerate nu doar ca unități monolit, ci, pe de o parte, ca avînd posibile și variate combinații între ele în interiorul claselor 1, 2, 3; iar, pe de altă parte, în măsura în care participă la un tablou clinic nu prin totalitatea U.S. ce o compun, ci doar prin unele dintre ele (o parcurgere a simptomatologiei pe baza unor cec-listuri grupate în U.S. este întotdeauna utilă).

2. Apropiere și zonă de tranziție între tulburările delirante și cele afective. În principiu, este vorba de prezența unui :

- delir necongruent în cadrul unui episod depresiv;
- delir necongruent în cadrul unui episod maniacal.

În funcție de intensitate, de particularitățile de personalitate și de defect, se poate evalua de cele mai multe ori dacă în prim plan este tulburarea delirantă sau cea afectivă. Totuși, trebuie ținut seama de o diferență de principiu între esența episoadelor psihopatologice din clasa 2 și 3 și anume: tulburarea afectivă este „în principiu” atematică, tematizarea pe care o conține în nucleu dezvoltându-se de la un moment dat independent, într-un alt palier, chiar în cazul delirului congruent. Pe de altă parte, tulburarea delirantă (cea halucinatorie fiindu-i atașată) este, în principiu, ideatică; articularea cu starea afectivă realizându-se prin zona comună a dispozițiilor atitudinale. Aceste dispoziții atitudinale pot fi modificate structural tot mai profund prin însăși repetarea episoadelor afective.

În aceeași perspectivă se poate susține că delirul paranoid este afectiv congruent (față de anxietatea de fond prin similitudine cu congruența dintre dispoziția depresivă și delirul de vinovăție sau dispoziția maniacală și delirul megaloman. Altfel doar că articularea dintre anxietate și tematica delirantă paranoidă are nevoie de o zonă de legătură de tipul atitudinii fobice suspicios-beligerantă, care poate fi detectată, uneori, în paranoia senzitivă, dar mai greu în delirul paranoid (în orice caz, acesta din urmă, în măsura în care se dezvoltă într-o atmosferă de anxietate trebuie considerat afectiv congruent, urmînd a se stabili analitic condiționarea reciprocă dintre trăirea atitudinală și cea tematică).

3. Problematika familiei sindromatice a tulburărilor afective. Aceasta se comentează din mai multe puncte de vedere. Astfel:

– E necesar să se circumscrie familia sindromatică a episodului maniacal și depresiv.

• Pentru sindromul maniacal problema e ceva mai simplă, variațiile ținînd de oscilația – în cadrul ansamblului macro-sindromului – a unor U.S. Astfel:

• În locul U.S. dispozițional euforic poate fi prezentă U.S. disforică (mania iritabilă).

• În mixtură cu dispoziția afectivă euforică pot fi prezente și elemente ale dispoziției anxioase sau chiar elemente ale dispoziției

depressive; pot fi astfel identificate „stări mixte“ concomitente (dar, și stări mixte succesive, cu ciclu rapid, în cadrul unor diverse combinații).

- În cazurile de intensitate subclinică în prim plan poate trece hiperactivitatea cu hipersociabilitate.

- În cazurile cu intensitate clinică majoră poate fi prezentă agitația sau chiar „delirumul“.

- Prezența convingerilor delirante congruente poate fi prezentă în anumite cazuri. Delirul incongruent, de asemenea, poate fi prezent, adițional.

- Pentru sindromul depresiv sînt de notat:

- posibila combinație, în diverse grade (și cu diverse predominări), cu sindromul anxios;

- în cazurile de intensitate redusă, în prim plan poate trece: sindromul astenic, sindromul fobic, sindromul obsesiv-compulsiv, chiar sindromul de conversiune somatică (deci, tablouri din serie nevrotică);

- în cazurile de intensitate majoră poate fi prezent stuporul melancolic; interferențele cu sindromul cataton sînt posibile;

- prezența convingerilor delirante poate fi comentată ca și în cazul sindromului maniacal.

Pentru sindroamele din seria tulburărilor nevrotice (sau altele) se poate dezvolta un comentariu similar.

Important este faptul că aceleași unități semiotice stau la baza tuturor tulburărilor psihopatologice, indiferent cum sînt condiționate, ce statut nosologic au sau dacă se manifestă în plan structural-caracterial. Acest ultim aspect necesită un comentariu special.

Diversele entități nosologice diferă între ele atît prin tabloul psihopatologic (și intensitatea acestuia), cît și prin etiopatogenie și durata tulburărilor. În comentariul de pînă aici baza de referință a descrierilor semiologice a constituit-o „episodul psihopatologic maladiv clinic“ sau ceea ce s-ar numi „episod standard“ psihopatologic.

5. SEMIOLOGIA PSIROPATOLOGICĂ ÎNTRE TULBURAREA EPISODICĂ ȘI CEA STRUCTURALĂ

În general, semiologia psihopatologică este orientată spre tulburările episodice. Între acestea și particularitățile constante de manifestare ale personalității există nivele intermediare. Tulburările de fond, cele ale structurii și manifestării personalității, reprezintă *terenul* pe care apar tulburările episodice. Acest teren este, însă, și el investigabil și caracterizabil din perspectiva semiologiei psihopatologice, așa cum a fost deja menționat o dată cu comentariul personalităților particulare și dizarmonic-psihopate. Unele aspecte sînt comune celor două instanțe, dar altele diferă, chiar dacă pot fi găsite legături subiacente coerente. În cadrul acestui comentariu se mai cere evidențiată situația că unele „tulburări psihopatologice episodice” au o durată prelungită și, în plus, multe din ele pot lăsa în urma lor *defecte*.

Apoi, privitor la însăși „episodul psihopatologic” în funcție și de condiționarea lui, acesta poate fi clar reactiv (prin determinism psihogenetic sau organogenetic), poate face parte din clasa condiționarilor și a organizării clinice nevrotice sau psihotic-endogene. Apar astfel o serie de clase nosologice care, în mod evident, nu sînt doar semiologice, ci și condiționate de etiopatogenie, durată, implicație structurală, în care elementele semiologice se înscriu în mod diferit.

Vom încerca să sugerăm o astfel de încadrare posibilă în raport cu unele sindroame și unități semiologice. Oricum, problema relației semiologice dintre simptomatologia episodului și „plaja” semiologică a structurii personalității nu poate fi lămurită din perspectiva unei astfel de abordări de inventar empiric. Ea presupune un alt plan doctrinar și metodologic de abordare a

semiologiei din perspectivă antropologică. Totuși problema poate fi pusă.

În tabelul ce urmează, nivelul de referință îl constituie unitățile sindromatice (U.S.) și sindroamele simple. Unele U.S. au o anumită pregnanță clinică, astfel încât ele se instituie ca și nuclee sindromatice a unor tulburări cărora li se poate acorda deja atenție din perspectiva clinicii psihiatrice. Așa ar fi, de exemplu, narcolepsia, instabilitatea psihomotorie a copilului, Sindromul Korsakov, anorexia mentală a tinerelor fete etc. Alte U.S. sînt elemente constitutive fundamentale ale unor sindroame pregnante care rezultă, de obicei, din combinarea a două sau trei astfel de U.S.

Astfel, de exemplu, sindromul maniacal în ceea ce are el esențial rezultă din coexistența U.S. a dezinhibiției și tahipsihiiei psihice cu U.S. a dispoziției euforice (26); sindromul de obnubilare constă din U.S. a denivelării vigilității cu hiporeactivitatea conjugată a U.S. a nemișcării hiporeactive, iar sindromul stării crepusculare din U.S. al denivelării vigilității cu hiporeflexivitate (19) conjugat cu U.S. a deplasării fără scop precis (51).

În sfîrșit, unele U.S. ori sindroame simple au o mare pregnanță clinică, astfel încît deși se întîlnesc rareori în mod izolat pot fi considerate ca avînd un statut de independență destul de important (corespunzînd unor tulburări neurofiziologice specifice și tulburării unei dimensiuni existențiale fundamentale). În această categorie ar intra sindromul de transparentă-influență (41), precum și elementele sindromului paradelirant (43). În tabelul care urmează toate aceste U.S. vor fi subliniate.

În afara celor menționate, în cadrul U.S. sînt amintite și tablouri clinice care sînt descrise ca și sindroame complexe (de exemplu, halucinațiile, fobiile, delirul etc.). Acestea vor avea o marcă alături de numărul de ordine. În sfîrșit, alte U.S. pot fi considerate ca părți constitutive a unuiu sau mai multor sindroame.

În tabelul ce urmează, sindroamele complexe sînt menționate în dreptul unor U.S. importante în alcătuirea sa (sau în dreptul corespondentului său direct). În aceeași rubrică mai sînt menționate cu paranteză unele sindroame care deși nu foarte complexe, formate de obicei din 2 U.S., fac parte, în mod tradițional, din lista sindroamelor.

Prezența U.S. și a sindroamelor va fi evaluată în ceea ce privește importanța prezenței lor (ca intensitate, frecvență etc.) în fiecare din următoarele patru categorii:

I. Episoade psihopatologice condiționate predominant organic cerebral.

II. Episoade psihopatologice condiționate „endogen“.

III. Episoade psihopatologice condiționate predominant psiho-social și avînd caracteristicile generale ale „nevrozelor“.

IV. Episoade psihopatologice determinate psihogen-reactiv. Evaluarea pe-care o facem este, evident, orientativă. Ea nu se bazează pe cercetări empirice și e introdusă cu valoare de sugestie, ca o provocare pentru clinicieni de a avea în vedere această problemă și a o cerceta.

Corelația dintre U.S. și trăsăturile de personalitate se referă la terenul pe care-l constituie personalitățile patologice. La acest nivel elementele sindromatice sînt mai atenuate. Desigur, personalitățile patologice sînt descrise și prin trăsături suplimentare, care nu corelează direct cu sindroamele psihopatologice deși, de obicei, e posibilă o corelație indirectă, de „arie familială“. În cazul tulburărilor de personalitate grave, marginale psihozei, sau în defectele structurale post-episodice se poate întîlni o asemănare crescută cu sindroamele psihopatologice.

Corelația dintre sindroame, stări psihopatologice
și trăsături de personalitate

trăsături de personalitate	unități sindromatice și sindroame simple	stare psihopatologică				Sindroame complexe (s. clinice clasice)
		I	II	III	IV	
1	2	3	4	5	6	7
	1. Disomnie	++	++	++	++	(S. Klein-Lewin) (S. Galinean)
	2. Rău matinal		++	+	+	
	3. Rău vespéral		+	++	+	
	4. Hipersomnie					
	5. Narcolepie					
+	6. Dezinhibiție și tahipsihie	+	+++	+		(S. hiperkinetic)
+	7. Inhibiție și bradipsihie	++	+++	++	++	
+	8. Concentrare dificilă	+++	+++	++	++	
+	9. Deficit de filtru a atenției		+++	+		
+	10. Instabilitate psihomotorie	++	++	++	++	
+	11. Deficiență de a percepție	++	++	+	+	Halucinații
	12. Tulburări formale ale percepției	++	++	+	+	
	13. Halucinații	++	+++		+	
	14. Amnezie	+++	+	+	++	

PSIHOPATOLOGIE CLINICĂ

1	2	3	4	5	6	7
	15. Sindromul Korsakov	+++				(S. Korsakov)
	16. Deorientare	+++	+		+	
	17. Deficitul vigilenței (d.v.)	+++	+		++	
	18. D.v. cu hiporeactivitate	+++			+	(S. de obnubilar)
	19. D.v. cu hiporeflexivitate	++	+	+	++	(S. crepuscular)
	20. D.v. cu deorientare	+++			+	Delirium
	21. Deficiența cognitivă demențială	+++	+			Demență
	22. Dezorganizare concep- tuală ideo-verbală					S. schizomorf deorganizat
+	23. Deficiența autocontrolului instinctiv impulsiv	++	++	+	+	
+	24. Anorexia mentală	++	++	++	++	(Anorexia mentală a tinerelor fete)
+	25. Tulburări ale compor- tamentului sexual și ale identității sexuale	+	+	+	+	(Transesexu- alism și travesti- tism)
+	26. Dispoziția euforică	+	++		+	S. maniacal
+	27. Dispoziția depresivă	++	+++	++	++	S. Depresiv
+	28. Dispoziția anxioasă și suspiciunea	+	+++	++	++	S. anxios
+	29. Fobiile	+	+	+++	++	S. fobic
+	30. Dispoziția disforică	++	++	++	++	
+	31. Dispoziția astenică	++	+	+++	+	(S. astenic)
+	32. Tulburarea de somatizare	++	++	+++	+	(S. de somatizare)
+	33. Dispoziția apatică	++	+++			
+	34. S. amotivațional	++	+++	+	+	
+	35. S. abulic	++	+++	++	+	(S. abulic)
+	36. Relaționare socială dificilă	++	+++	++	++	
+	37. Deficit global conativ-activ	++	+++	+	+	
+	38. Dependența	+	++	++	+	S. de dependență
	39. Depersonalizare	+	+++	+	+	(S. de depersona- lizare)
+	40. Ambivalență-dedublare	+	+++	++	+	
	41. Transparență-influență	+	+++			S. schizo-productiv
+	42. Convingeri patologice	+	+++		+	S. delirant
	43. S. paradelirant	+	+++		+	
	44. S. obsesiv-compulsiv	+	++	+++	+	
	45. Tulburare psihomotorie psihogenă		+++	++		
	46. Stupor	++	++		+	
	47. Nemișcare hiporeactivă	+++			+	S. cataton

SEMIOLOGIA PSIHPATOLOGICĂ

1	2	3	4	5	6	7
	48. Psihomotricitate dirijabilă	+	++	+	+	
+	49. Neliniște psihomotorie	++	++	+++	+	
	50. Agitație psihomotorie	+++	+++		++	
+	51. Deplasare fără scop precis	++	+	+	++	
+	52. Comportament anetic	++	++	+	+	S. comport. anetic
	53. Anosognozie	++	+++		+	
+	54. Dorința de a fi recunoscut bolnav			++	++	(S. Ganser)

Există, desigur, importante domenii semiologice care nu pot fi cuprinse într-un tabel (schemă) ca cea de mai sus; ele plasându-se predominant în zona episodului maladiv sau cea a structurii psihice perturbate. În scurtul comentariu făcut deja asupra persoanelor particulare și dizarmonic-psihopate s-a insistat asupra tulburărilor de relaționare socială (și subiacent asupra perturbărilor afectivității, deciziei, comportamentului și expresivității); toate acestea în contextul unui comportament social în care judecarea cu discernămint și sensul etic sînt deficitare. Există, însă, și anumite corelații între particularitățile structurale și posibilele tulburări psihopatologice episodice (reactive, nevrotice, „endogene” etc.) care depășesc această ecuație.

O situație considerată „clasică” este cea dintre un anumit tip de personalitate – preocupată de ordine, muncă și disciplină, neabilă în raport cu schimbările de viață (= *Tipus melancolicus*) și tulburările depresive, de intensitate medie, gravă și chiar cu elemente clar psihotic-delirante. Studiile de psihopatologie clinică în această direcție au fost insistente și extrem de convingătoare, fără a anula, însă, alte ipoteze. Astfel, de exemplu, ideea cognitivistă elaborată inițial de Beck cu intenții terapeutice privitor la anumite „patternuri” (scheme) distorsionate de receptanță (percepție, interpretare, decizie, acțiune și evaluare a acțiunii) s-a dovedit o idee extrem de fecundă. Ea se poate aplica în egală măsură „trăsăturilor de personalitate” depresive, cît și „stărilor” depresive maladive, variat condiționate și avînd diverse durate. Și, apoi, ea se aplică coerent și altor tulburări psihopatologice, cum ar fi: suspiciunea-relațională, megalomania euforică etc.

Articularea dintre elementele semiotice care se întîlnește în cadrul unui „episod psihopatologic” și cele care pot fi identificate ca „trăsături ale unei structuri” (ale unei personalități particulare)

comportă comentarii și analize care nu pot fi făcute la nivelul unei abordări predominant „exterioare” a problematicii, așa cum operează psihopatologia clinică. De exemplu, în tabelul prezentat pot fi identificate caracteristicile de ordine și muncă a persoanelor predispuse spre depresie (=tipus melancolicus) pentru a fi corelate cu starea depresivă. Acest lucru e valabil și pentru trăsăturile de personalitate „schizotime” în raport cu cele 3 sindroame schizomorfe conjugate sau cu trăsăturile de personalitate emotiv-evitante în raport cu sindromul psihopatologic fobic.

În toate aceste cazuri, în măsura în care ne îndreptăm spre analiza trăsăturilor de personalitate, apar în discuție factori doctrinari și teoretici care la nivelul descrierii și identificării unităților semiologice ale episodului maladiv pot fi ignorați. Doctrinile psihopatologice și teoriile privitoare la condiționarea, geneza, afirmarea manifestărilor persoanei, ce pot fi interpretate psihopatologic, sînt la acest nivel mai importante decît oriunde.

Identificarea unei serii de simptome, în prealabil definite, corespunde unui stil metodologic cartesian clasic. Configurarea acestora în unități de diverse ranguri ridică o problemă de doctrină configuraționistă (gestaltistă) care se articulează cu perspectiva fenomenologiei Husserliene. Înțelegerea legăturii, a articulațiilor dintre ansamblul personalității și decompensarea ei psihopatologic-maladivă circumstanțială este o realitate a cărei metodologie se mai cere elaborată în continuare.

CAPITOLUL 9

NOSOLOGIA PSIHIATRICĂ BOALA PSIHICĂ

Practica psihiatrică, la fel ca orice ramură a medicinei, se bazează pe un sistem nosologico-nosografic. Adică, pe descrierea, comentarea și încadrarea într-un sistem organizat (bazat pe unele principii) a unor entități denumite generic „boli” și care reprezintă un model de referință pentru tulburările psihice pe care le trăiesc diverși oameni concreți. Trebuie subliniat, de la început, că sistemul nosologico-nosografic este, în principiu, un model abstract, teoretic în care se acumulează cunoștințele științifice ce rezultă din cercetări sistematice și din practica psihiatrică clinică centrată pe terapie. Îmbogățirea și nuanțarea acestui model are la bază, pe de o parte, factologia psihiatrică pe care medicii o înregistrează și o grupează în „cazistică” iar, pe de altă parte, cercetări ținute realizate cu metodologii ale științelor biologice și antropologice asupra unor „cazuri” considerate „tipice” pentru o entitate nosologică. Oricum, trebuie avută mereu în față distincția dintre trei ipostaze:

a) **Existența real-concretă a unui om** ce prezintă tulburări (în termeni medicali „o boală”) în dimensiunea psihică a ființei sale. Un astfel de om poate exista într-o comunitate dată, fără a avea nici un contact cu psihiatria, fără ca un „specialist” – membru al

unui corp profesional specializat – să raporteze „cazul” său la un sistem nosologico-nosografic în vederea diagnosticului și terapiei.

b) **Existența unui sistem nosologico-nosografic** ca model teoretic ce sintetizează cunoștințele despre tulburările (bolile) psihice într-o socio-cultură dată. Acesta este, de obicei, comentat în manuale și tratate, e prezent în monografii și comunicări științifice, poate fi predat în învățământ sau consultat de către alți specialiști decât psihiatri pentru informare sau din simplă curiozitate.

c) **Raportarea unei persoane ce prezintă tulburări psihice la sistemul nosologico-nosografic (SNN)**, înțeles în sensul circumscris mai sus, în vederea diagnosticării și tratării sale. Această raportare e făcută de persoane calificate care fac parte dintr-un „corp social” instruit și organizat, investit cu anumite competențe și care-și desfășoară activitatea într-un cadru instituțional. Această persoană este psihiatrul care, în contextul acestei raportări, consideră omul ce suferă de tulburări psihice ca un „caz psihopatologic”, îl diagnostichează și îl tratează. Tot la caz se referă și cercetătorul, fie că investighează incidența și prevalența anumitor tulburări într-un studiu epidemiologic, fie că e angajat într-o cercetare de psihiatrie biologică (de exemplu, tulburările circulației cerebrale în schizofrenie) sau expune analitic, după o metodologie hermeneutică, interpretarea semnificațiilor existențiale pregnante pe care le relevă un „caz tipic, exemplar”.

Revenind la SNN, considerat ca model teoretic, este de dorit ca acesta să corespundă cât mai fidel și nuanțat realității pe care pretinde că o reflectă. Adică, stărilor de boală, anormalitate, suferință, deficit psihopatologic, care se întâlnesc realmente la persoanele dintr-o comunitate dată. Totuși, orice SNN va avea, inevitabil, o cotă parte de arbitrar și nu va putea funcționa decât la un anumit nivel de abstracție și generalitate; bogăția și flexibilitatea sa întinzându-se pînă la o anumită limită. Așa cum se va discuta în capitolul următor, diagnosticul psihiatric va însemna, din principiu, o încorsetare, o prindere în anumite formule standardizate a bogăției existenței unui om ce suferă de tulburări psihice și a ajuns să fie abordat ca și „caz psihiatric”.

Elementul central al oricărui SNN este boala; în cazul nostru, boala psihică. Circumscrierea acesteia se dovedește, însă,

extrem de dificilă. La un nivel de maximă generalitate a discuției, se pot face următoarele afirmații (care au fost menționate și în capitolul II). O stare psihopatologică reprezintă un minus și o dezorganizare a psihismului persoanei conștiente în raport cu ceea ce ar însemna „normalitate” și sănătatea ei. Acest context deficitar-dezorganizant care are diverse intensități și se exprimă prin semne specifice (simptome, sindroame psihopatologice) determină o deficiență în integrarea și exprimarea socio-valorică, în responsabilitate și creativitate. Bolnavul psihic va comunica dificil, va prezenta deficiențe în „funcționarea socială” (în îndeplinirea cu responsabilitate a rolurilor sociale), va fi deficitar în sinteza necesară rezolvării situațiilor problematice ale vieții prin desfășurarea anumitor abilități și prin creativitate. Alte aspecte generice ale anormalității maladive (ale bolii psihice) au fost expuse de asemenea, în capitolul II. La acest nivel e necesară o abordare mai structurată și mai detaliată a acestei teme.

Pornind de la înțelegerea SNN ca fiind, în esență, un model teoretic, desigur, aflat într-o permanentă comunicare și adecvare față de realitatea nemijlocită a omului suferind și perturbat, prin intermediul „cazuisticii” sesizate, prezentate și comentate de specialiști, am putea distinge trei nivele de circumscriere a bolii psihice:

1. Un nivel abstract, al bolii tipice standard.
2. Un nivel mai nuanțat, cu mai mare apropiere și încercare de adecvare față de bogăția și diversitatea efectivă a cazuisticii.
3. Un nivel lax, în care se acceptă să se acorde atenție și anormalităților psihice minore, apropiate de suferință și slăbiciunea umană firească, problemelor și dificultăților des întâlnite în cursul vieții unui om, dar abordând aceste aspecte ale existenței persoanei diinspre nivelul medical abstract.

1. Pentru circumscrierea unei boli psihice standard e necesar să se accepte distincția dintre: a) *teren*; b) *episod psihopatologic (EP)*; c) *defect*; d) *model evolutiv*.

a) În psihopatologie **terenul** poate fi considerat ca echivalent cu fondul de personalitate pe care apare primul E.P. El se caracterizează la acest nivel standard prin:

- parametrii demografici ca sex, vîrstă, instrucție, profesie, statut marital, statut locativ gospodăresc, nivel de venituri;
- parametrii personali-sociali: tipologie caracterială, rețea socială și de suport social;

– parametrii din seria patologiei: încărcătura genetică, probleme tranzitorii în cursul ontogenezei, defect psihic al ontogenezei (*major*: oligofren, autist; *mediu*: personalitate dizarmonic-psihopată); vulnerabilitate generală și specifică pentru boli psihice.

b) **Episodul psihopatologic (EP)** se caracterizează prin:

- un anumit tablou simptomatologic-sindromatologic caracteristic;
- o anumită modalitate de instalare a acestui tablou într-un anumit fel condiționată;
- o anumită intensitate a tulburărilor (în faza maximă);
- o anumită durată de la apariția primelor simptome până la remisiunea completă sau defect constant;
- o anumită respondență terapeutică.

Notă: Pe lângă aspectul standard cel mai simplu descris sînt de reținut și alte posibilități: – manifestări psihopatologice paroxistice care apar cu o anumită frecvență și/sau în anumite împrejurări; acestea pot fi corelate sau nu cu o tulburare psihopatologică de fond, pe durata episodului; – prezența unei variații nu doar în intensitate, ci și în simptomatologie în cursul aceluiași episod, dar cu menținerea acestuia în cadrul aceleiași familii sindromatice.

E.P. nu se suprapune ca durată cu internările și tratamentul, fiind de obicei mai lung. De asemenea, există E.P. care nu ajung la internare și tratament.

c) **Defectul** urmează E.P. și poate fi clinic (simptomatic) și social (handicapant):

Defectul clinic constă în persistența unor simptome psihopatologice caracteristice E.P. și după remisiunea parțială a acestuia. Prin comparație cu sistematizările Școlii din Bonn privitoare la defectul din schizofrenie s-ar putea accepta, pentru orice boală, următoarele variante:

- defect caracteristic: persistă chiar simptome caracteristice episodului;
- defect structural: persistă o modificare a structurii caracteriale de tipul celei ce se află în „spectrul clinic” al bolii respective sau poate fi considerată ca expresie a penetranței vulnerabilității specifice în plan structural;

- defect energetic: persistă doar o marcată astenie și lipsă de vitalitate, precum și disabilități minore în unele domenii (relativ specifice bolii).

Defectul social constă din disabilități care perturbă exercitarea diverselor roluri sociale, conducând astfel la handicap social. Pot fi diverse grade:

- Deficiențe în performanțele rolurilor, acestea fiind, însă, toate păstrate;

- Incapacitatea de a exercita toate rolurile sociale concomitent (de ex., apar deficiențe marcate în rolul profesional sau în cel gospodăresc);

- Pierderea capacității de rol în toate ariile vieții sociale din afara gospodăriei (familiei);

- Pierderea capacității de autoîngrijire cu dificultăți majore de a se integra și menține în viața familială.

d) **Modelele evolutive standard** pot fi considerate:

- episod unic fără defect;

- episoade recurente fără defect;

- episoade recurente cu defect progresiv după fiecare episod;

- agravare progredientă (clinică și socială), începînd de la primul episod.

Notă: Variantele evolutive pot fi nuanțate prin identificarea apariției unor defecte (eventual, chiar subclinice) în primele două cazuri menționate mai sus. După mai multe episoade defectul se poate stabili, iar în unele cazuri se poate ameliora tardiv. Un alt aspect pe care clinica trebuie să-l identifice este frecvența episoadelor (recăderilor) și eventuala lor condiționare. Perspectiva evolutivă mai depinde de factori extrinseci persoanei (influențe psihosociale), de tratament, de complianța pacientului față de programul terapeutic, de ciclurile vieții etc., astfel încît varietatea evolutivă poate fi mare.

O *boală psihiatrică* standard (tipică) se va caracteriza prin:

- Încărcătură genetică, vulnerabilitate și trăsături de personalitate premorbidă de aceeași serie (familie) cu cea care se evidențiază cu ocazia episoadelor.

- Toate episoadele au aceleași caracteristici clinice și sînt condiționate de factori relativ specifici.

- Defectul postepisodic (dacă apare) prezintă elemente semiotice din aceeași clasă ca cea a episoadelor.

- Modelul evolutiv este relativ caracteristic.
- Se poate stabili un program terapeutic preventiv specific.

Desigur, un astfel de model ideal se întâlnește rar în realitatea clinică. În plus, și pentru cazurile „tipice” se cere menționată exigența ca diagnosticul de „boală” să nu se pună cu ocazia primului episod (chiar dacă terenul este „congruent”), ci după un interval de 2-5 ani de evoluție; timp în care pot să mai apară noi episoade identice și, eventual, elementul de defect „congruent” episoadelor.

Un aspect esențial constă în necesitatea de a face distincția între un episod psihopatologic și o boală psihică care, așa cum s-a menționat mai sus, este un concept mult mai complex.

2. Un model mai nuanțat al bolii psihice va fi mai puțin rigid, nepretinzând toate exigențele modelului standard și acceptând o serie de variații. De asemenea, înțelegerea (și înregistrarea) cazului e acum mai amplă și mai bogată.

- La nivelul terenului, pe lângă caracteristicile deja expuse la EP standard se pot adăuga: inteligența, calitatea educației, structura abilităților asimilate, paleta de roluri sociale pe care le exercită (la o anumită vîrstă și avînd un anumit sex) și nivelul de competență socială cu care se afirmă. De asemenea, interesează: - istoria biografică, prin evenimentele și perioadele ei semnificative care au putut vulnerabiliza subiectul și permit o comprehensiune a felului în care se decompensează psihopatologic; - particularitățile persoanei, în sens de tipologie caracterială accentuată și disabilități minore; - caracteristicile „nișei ecologice” umane în cadrul căreia pacientul trăiește.

La un nivel intermediar între caracteristicile terenului și EP actual se poate analiza mai amănunțit următoarele:

- Istoria patografică care poate înregistra episoade subclinice și clinice minore, variate, care progresiv se orientează într-o anumită direcție, astfel încît primul EP notabil să aibă în spate nu doar aspectele generice ale terenului (așa cum au fost menționate la 1.a), ci și o suită de tulburări psihopatologice tranzitorii care converg într-o direcție diagnostică. Dar, pe de altă parte, această istorie de tulburări psihice subclinice și minore poate să fie diferită de tabloul clinic nuclear al E.P.

- Un alt aspect „non-standard” îl poate constitui faptul că terenul, înțeles ca tipologie caracterială particulară sau dizar-

monică – poate avea alte caracteristici decât cele din seria în care se manifestă E.P. (de exemplu, o persoană picnică, sintonă, sociabilă, face un EP schizofren).

– E.P. poate să aibă o structură semiologică particulară, „atipică” în raport cu inventarul EP clasice standard. Aceasta atît prin combinarea unor unități sindromatice diverse, cît și printr-o anumită incompletitudine (în sensul că EP se exprimă parțial și fragmentar în raport cu unul tipic – complet). În această perspectivă merită reamintite tablourile clinice pe care le comenta Leonhard pentru unele psihoze endogene ciclice, dintre care multe erau tulburări parțiale ale tabloului complex din schizofrenie (de exemplu, psihoza schizofazică etc.).

Pe măsură ce știința psihiatrică (psihopatologică) se dezvoltă, se identifică tot mai multe „subtipuri” și particularități (nuanțe) ale tablourilor clinice considerate „tipice” (standard) în psihiatria tradițională.

– Este posibil ca EP succesive să nu fie identice. Se pot întîlni mai multe variante și anume:

- EP succesive diferă, dar progresiv se conturează un tip pregnant (standard) de EP care definește boala.

- EP succesive fac parte dintr-o clasă bine definită, dar episodic pot apare EP și din alte clase.

În aceste cazuri boala se va defini prin predominența EP și ceilalți parametrii (teren, defect, model evolutiv, respondență terapeutică în episod și preventivă).

- EP succesive să nu permită încadrarea cazului în (sau aproape de) o formă clinică standard de boală psihică.

– Sînt de reținut la acest nivel și EP de intensitate minoră, „subclinică”, mai ales cînd ele apar între două EP de intensitate clinică. Înregistrarea tuturor acestora permite o „radiografiere” mai nuanțată a cazului.

– Defectul poate să nu fie congruent cu tipul de EP;

– Modelul evolutiv pare să fie diferit de cel al bolii standard pe care o sugerează EP succesive. În înțelegerea bolii psihice dintr-o perspectivă mai largă un rol important îl joacă elementele terenului și caracteristicile socio-culturale în care persoana viețuiește: o bună inteligență, o anumită ambianță educativă, asimilarea unui anumit univers cultural și un anumit stil de viață, o anumită concepție despre lume, anumite credințe și convingeri psihice la care pacientul e predispus și prin care la un moment dat

începe să se manifeste. Și de asemenea, caracteristicile rețelei de suport social, obiceiurile și toleranța socio-culturală, nivelul de comprehensiune, toleranța și protecția din nișa ecologică în care el există (sau, invers, intoleranța, incomprehensiunea, frustrarea, rejectia), împreună cu nivelul economic și șansele existențiale.

O dată cu această perspectivă ne-am apropiat de cel de al 3-lea nivel formulat la început.

3. În perspectivă istorică, psihiatria s-a preocupat la început de cazurile grave care necesitau internarea în „azile”, separarea de societate. Deci, în primul rând de psihoze și de cazurile cu grave deficiențe intelectuale, inițiale sau dobândite. Ulterior, în tot cursul secolului XX, a existat o preocupare constantă pentru ceea ce s-a numit mult timp „nevroze” și care reprezintă, de asemenea, o suferință și tulburare psihică importantă, dar care nu alterează major perceperea și înțelegerea lumii. Nevrozele nu trebuiesc neapărat internate în spital, dar evoluția lor e, deseori, îndelungată și handicapantă. Desigur, a existat mereu și un anumit interes pentru stările psihopatologice reactive majore, pentru dependența toxicofilă (inclusiv alcoolism) și pentru tulburările psihopatologice secundare suferințelor organic cerebrale. În ultimele decenii, psihiatria a devenit tot mai mult „comunitară”, a crescut interesul pentru tulburările psihice care nu se încadrează în cele de mai sus, care apar sub forma de „dezadaptări”, „crize”, „perioade problematice” etc. Acestea, deși nu au o simptomatologie zgomotoasă alterează semnificativ calitatea vieții, putând fi în același timp preludiul unor tulburări psihice mai grave. Și, în plus, ele pot beneficia de terapie psihică, de intervenție în criză, de diverse forme de psihoterapie (familială, maritală etc.). De aceea, actualele SNN includ și aceste stări anormale, de obicei, într-un capitol (și cu un cod) separat. Așa e în DSM-III-R și în ICD-10. Înainte de a comenta aceste tulburări mai mult sau mai puțin episodice, relativ minore și mult apropiate de ipostazele vieții curente ale omului, menționăm la acest al treilea nivel de înțelegere a tulburării psihice și următoarele:

– „Terenul” se cere acum înțeles și din perspectiva particularităților strict personale, a reactivităților idiosincrazice. Și la fel, din perspectiva nivelului și stilului de cunoaștere și înțelegere a realității, a concepției despre lume și viață, a propriilor opinii, convingeri, credințe, a structurii și angajării moral valorice.

– Apariția și evoluția „tulburărilor psihice” se cere acum analizată, înțeleasă, prezentată și comentată într-o relație strînsă cu datele biografice concrete și cu caracteristicile precise ale persoanelor ce constituie mediul de viață firesc al persoanei. Și la fel, în corelație nu doar cu ciclurile vieții, ci și cu problemele specifice pe care subiectul le ridică, cu nevoile sale specifice (constînd din dorințe și pretenții), cu obiectivele ce și le propune, cu proiectele în care se angajează, cu sensul pe care-l întrevade pentru propria-i existență.

– Se cere avut, de asemenea, în vedere caracteristicile culturale, mentalitățile și obiceiurile, felul în care e concepută și evaluată tulburarea psihică în socio-cultura respectivă, interesul și preocuparea acesteia pentru demnitatea umană în general și cea a bolnavului psihic în special. Pe lîngă caracteristicile nișei ecologice nu trebuie neglijate nici „șansele” existențiale pe care un individ dat le are prin conjunctură.

Revenind la „inventarul” tulburărilor psihice minore, în DSM-III-R se menționează (în cadrul codurilor V); – probleme școlare (academice); – comportament antisocial al adultului; – funcționare intelectuală; – minciuna; – probleme maritale; – probleme ocupaționale; – probleme în relațiile părinte-copil; – diverse probleme interpersonale și diverse circumstanțe familiale problematice; – probleme legate de fazele (ciclurile) vieții; – văduvia necomplicată.

Se constată că accentul este pus nu pe caracteristicile semiologice, ci pe existența unor situații deosebite, problematice și tensionate care, desigur, sînt trăite neplăcut de către pacient; reprezentînd momente dificile în cursul vieții.

Acest mod de abordare și înțelegere este dezvoltat în noua clasificare internațională a bolilor (ICD-10) în cadrul codurilor „Z” unde întîlnim următoarele:

Z 55 Probleme corelate educației și studiilor;

Z 56 Probleme corelate muncii angajate și șomajului;

Z 60 Probleme corelate ambianței sociale: – probleme de adaptare la tranzițiile ciclurilor vieții; – situații parentale atipice; – faptul de a locui singur; – dificultăți de aculturație, excludere și rejecție socială; – perceperea discriminărilor adverse și persecuției;

Z 59 Probleme corelate gospodăriei și circumstanțelor economice;

Z 61 Probleme corelate evenimentelor negative de viață în copilărie: – pierderea relațiilor de dragoste în copilărie; – îndepărtarea de casă în copilărie; – relații intrafamiliale alterate în copilărie; – probleme corelate abuzării sexuale sau fizice a copilului de către persoane din grupul de suport primar sau din afara acestui grup; – experiențe de spaimă în copilărie;

Z 62 Probleme corelate educației; – supravegherea și controlul neadecvat în copilărie; – supraprotecție parentală; – educație în instituții; – ostilitate manifestată față de copil; – neglijarea emoțională a copilului.

Z 63 Probleme în cadrul grupului primar de suport, incluzînd și familia: – probleme în relații cu soțul sau partenerul; – probleme în relațiile cu părinții și rudele prin alianță; – suport familial inadecvat; – dispariția sau moartea unui membru al familiei; – destrămarea familiei prin separare sau divorț; – prezența unei rude dependente care necesită îngrijiri și adăpost.

Z 64 Probleme corelate unor circumstanțe psiho-sociale; – probleme corelate unei sarcini nedorite; – dezacord cu cel ce te consiliază; – internarea în închisoare; – probleme corelate ieșirii din închisoare; – probleme corelate unor circumstanțe legale;

Z 72 Probleme corelate stilului de viață; – uzul de tabuc, alcool, droguri, lipsa exercițiilor fizice; – dietă și obiceiuri alimentare neobișnuite; – comportament sexual cu risc crescut;

Z 73 Probleme corelate dificultăților de administrare a vieții; – epuizare intensă; – lipsa de relaxare și a distracțiilor; – conflicte de rol social etc.

Lista de mai sus identifică, de asemenea, o serie de situații și probleme care, de obicei, sînt trăite dificil de către subiect, în cursul cărora el are nevoie de sprijin crescut, de sfaturi, uneori, de ajutor calificat, de intervenție terapeutică chiar psihoterapeutică, familială. Dar, în același timp, astfel de situații și probleme se cer diagnosticate și anamnestice deoarece chiar dacă subiectul le-a depășit singur ele au putut totuși lăsa urme în biografie și în structura personalității, contribuind la vulnerabilizarea sa, la pregătirea apariției unor stări psihopatologice. Evident, situațiile problematice și de suferință expuse nu reprezintă, în mod direct, stări maladive, episoade psihopatologice sau boli psihice. Ele apar ca o aureolă sau o infrastructură a acestora.

Și, totuși, o perspectivă mai nuanțată asupra nosologiei psihiatrice, asupra „tulburărilor“ psihice, tinde în zilele noastre să identifice și perturbări relativ minore, care nu intră deocamdată în clasificările standard, dar reprezintă trăiri neplăcute care se repercutează asupra existenței firești a persoanei, asupra stării sale de bine psihic. Astfel ar fi de exemplu unele tulburări particulare de somn și vigiletate, de concentrare a atenției și utilizare a memoriei, de autocontrol al emotivității și reactivității, dificultăți în relaționarea socială și exprimarea corectă și eficientă prin limbaj, în rezolvarea problemelor etc. Acestea interferează, deseori, cu ceea ce – din alte perspective – se numește „disabilități“, putînd apare ca și caracteristici ale persoanei, ca minore stări defective etc.

Desigur, în căutarea și identificarea unor astfel de stări și trăiri particulare, problematice, de tensiune, neplăcute, disabilitante, trebuie să existe o limită dincolo de care firescul existenței umane se desfășoară în toată complexitatea.

PREZENTAREA REZUMATIVĂ A UNUI SISTEM NOSOLOGICO-NOSOGRAFIC

O astfel de prezentare se referă la expunerea și circumscrierea principalelor entități nosologice psihiatrice. Dar, în cadrul unui SNN este importantă și ordinea în care tulburările, bolile, cadrele nosologice sînt menționate. Conform unei tradiții care provine de la Jaspers, se acceptă să se comenteze în ordinea ierarhică tulburările condiționate organic, apoi, cele „endogene” (în sens tradițional) și, în sfîrșit, cele condiționate psiho-social. Aceasta, în ideea că, în aceeași ordine, diagnosticele se exclud reciproc (dacă se dovedește că un tablou psihopatologic este expresia unei suferințe organic cerebrale excludem diagnosticul de nevroză sau reacție). Acest principiu este menținut și în actuala clasificare internațională ICD-10 în care se prezintă în ordine: tulburările psihopatologice condiționate organic, cele corelate consumului de substanță psihoactivă, tulburările etichetate tradițional ca „psihoze endogene” (schizofrenia, tulburările delirante, psihozele afective recurente), tulburările condiționate predominant prin factori psiho-sociali (nevrozele și reacțiile psihopatologice) și tulburările de personalitate. În afara acestora mai

există o categorie intermediară a tulburărilor episodice „impulsive” și „psihosomatice”, care nu pot fi clar încadrate nici la nevroză, nici la tulburările de personalitate. Urmează comentariul oligofreniilor și, apoi, cel al tulburărilor specifice vârstei infanto-juvenile. După cum se poate ușor observa, criteriul ierarhic (organic, endogen, psihogen) este doar unul în sistematizarea tulburărilor. Mai intervine aspectul episodic sau persistent (atît în cadrul unor entități cum ar fi psihozele delirante, cît și în ansamblu; tulburările de durată ale personalității fiind discutate după cele condiționate psiho-social, ele fiind urmate de prezentarea oligofreniilor care iarăși sînt tulburări persistente. Mai intervine criteriul vîrstă (în primul capitol sînt comentate demențele senile și presenile, deci se începe cu patologia vîrstei a 3-a și în ultimele capitole sînt prezentate tulburările vîrstei infanto-juvenile).

Intervenția mai multor criterii în sistematizarea bolilor psihice este inevitabilă. În scurta prezentare pe care o vom face în continuare vom structura prezentarea entităților patologice în felul următor:

Vom începe cu prezentarea tulburărilor de la vîrsta adultă; acestea fiind un fel de etalon pentru cele de la vîrsta infanto-juvenilă și cea înaintată. Vom comenta întîi tulburările de personalitate, pentru a atrage atenția asupra terenului și, apoi stările reactive psihopatologice care, la fel ca și precedentele, pot fi considerate mai ales ca „anormalități” și nu ca boală. Vom trece apoi la prezentarea zonei centrale a nosologiei psihiatrice, cea în care se poate vorbi despre „boli”, în sensul standard comentat la începutul capitolului, adică vom prezenta domeniul „nevrozelor” și cel al „psihozelor endogene”. Tulburările corelate consumului de substanțe psihoactive vor face trecerea spre tulburările secundare suferințelor psihoorganice cerebrale, cu care sistematica se încheie. Ulterior, vom prezenta separat aspecte ale tulburărilor psihice ale vîrstei infanto-juvenilă și cele ale vîrstei a treia, menționînd aspecte, specifice acestora.

4. CIRCUMSCRIEREA PRINCIPALELOR CADRE NOSOLOGICE PSIHIATRICE ALE VÂRSTEI ADULTE (*)

A. TULBURĂRI CONSTANTE, CARE APAR CA O CONSECINȚĂ A DISONTOGENEZEI (PERSONOGENEZEI)

1. OLIGOFRENIILE

2. PERSONALITĂȚILE DIZARMONIC PSIHOPATE

3. TULBURAREA DE IDENTITATE SEXUALĂ (TRANSEXUALISMUL)

Individul resimte și pretinde să i se recunoască o identitate sexuală opusă celei pe care o are corporal (anatomic, endocrin, etc.). Persoana adoptă obiceiurile și comportamentele ce decurg din statutul social al celui alt sex (în legătură cu aceasta, poate apare „travestismul“, adică, adoptarea îmbrăcămînții sexului opus). În forma sa pură tulburarea este egosintonă, fiind corelată, sau nu, cu comportamentele homosexuale. Pot fi prezente și cazuri în care adeziunea la altă identitate sexuală este doar parțială sau preconștientă.

* Acest subcapitol se adresează cu precădere medicilor psihiatri și psihologilor, ajutîndu-i să se orienteze în cîmpul atît de extîns și de variat al patologiei clinice.

Aceste trei categorii permit un diagnostic clinic și, deci, o înregistrare a cazului ca aparținând nosologiei psihiatrice, deși ele constau din defecte psihopatologice și nu din episoade maladive. Ele nu constituie, de obicei, obiectul unei terapii în sens restrâns, ci a unui „management” terapeutic.

În afara acestor trei situații, evaluarea fundalului personalității face în mod obligatoriu parte dintr-un diagnostic psihiatric complet, fiind plasată pe axa II. Această evaluare poate identifica o personalitate (premorbidă) particulară (cu unele disabilități minore) sau o persoană cu o anumită tipologie caraceterială, dar etichetabilă ca „normală” din punct de vedere al echilibrului structurii caracteriale sau posedînd o inteligență superioară, o hiperdotare în anumite direcții etc.

TULBURĂRI ALE PERSONALITĂȚII SECUNDARE UNEI BOLI PSIHIATRICE

În mod clasic, au fost descrise „caracteriopatii” ori „stări psihopatoide” care apar după traumatisme craniene și encefalite. În aceeași categorie pot fi incluse toate bolile psihiatrice. În mod clasic, au fost descrise „caracteriopatii” ori „stări psihopatoide” care apar după traumatisme craniene și encefalite. În aceeași categorie pot fi incluse toate bolile care, la un moment dat, afectează în mod serios creierul (inclusiv epilepsia). Persoana devine mai explozivă, cu toleranță mai scăzută la frustrări, egocentrică, cu tulburări de comportament social și atitudine anetică. Concomitent pot fi prezente ușoare deficite intelectuale și alte disabilități. O situație specială o întâlnim în toxicomanii, în etilismul cronic mai ales, în care dizarmonia caracterială și comportamentul disocial se accentuează progresiv în cadrul dependenței.

Modificări caracteriale patologice pot apare, însă, și după episoade de psihoză endogenă. Problema a fost comentată inițial pentru schizofrenie, în sensul instalării unui „defect structural”. Tulburări de acest gen pot să apară și în cadrul psihozelor afective și delirante.

Mai recent (I.C.D. 10) se insistă asupra modificărilor caracteriale persistente care apar ca urmare a trăirii unor evenimente psihotraumatizante intense și prelungite (de exemplu, detenția în lagăr). De asemenea, se decelează modificarea personalității ca o reacție față de existența unei boli cronice (psihice sau organice). Aceste entități clinice necesită o documentare cazuistică extinsă și o elaborare teoretică mai consistentă.

B) REACȚIILE PSIHOPATOLOGICE

Apar numai ca episod malădiv și se plasează (la fel la A.1.) în marginea nosologiei psihiatrice. În mod clasic, în această categorie sînt incluse tulburările reversibile care apar, în mod evident, ca urmare a trăirii unui eveniment psihotraumatic pentru individ. Acest factor este apreciat ca fiind cauza tulburării, iar conținutul și modul de manifestare al reacției este comprehensibil. Desigur, în etiopatogenie se presupune și existența unui moment de viață vulnerabil și, eventual, a unei persoane predispuse (prin biografie și tipologie). Dar, acești factori sînt considerați secundari.

Reacțiile pot fi scurte, de cîteva ore sau zile, însoțite oarecum constant de denivelări ale vigilității conștiente, de tulburări neurovegetative și motorii. În acest grup ar intra stuporul reactiv, leșinul reactiv (de tip histeric), agitația hiperexpresivă, reacția explozivă, agitația clastică, confuzia reactivă, starea crepusculară (cu stare disociativă de conștiință) ș.a.

Condițiile reactogene pot fi mai complexe decît psihotrauma ce vizează întit pacientul. Astfel se pot întîlni catastrofe colective, schimbări de ambianță, detenție și anchetă, amenințări repetate și iminente, schimbări de viață. În plus, toate acestea se pot cumula. Astfel, pot fi distinse unele tipuri deosebite de reacții:

– **Reacția după stress posttraumatic (consecutivă unor catastrofe colective)** care poate să apară după o scurtă latență și poate dura săptămîni sau luni. Se caracterizează prin anxietate cu stare de alertă și insomnie, reamintirea obsesivă a scenelor

psihotraumatizante, fobii specifice legate de tot ceea ce reamintește evenimentul, depresie, astenie, tulburări psihosomatice, tulburări comportamentale.

– **Sindromul Ganser** ce apare în cadrul anchetei penale și detenției la persoanele cu un intelect mai redus și se exprimă într-un tablou pseudo-demențial cu „răspunsuri alătura”, cu comportamente absurde și puerile.

– **Reacția paranoidă** ce se instalează după agresiuni și amenințări grave în condiții în care subiectul se simte vulnerabil și se manifestă prin tulburări de tip delirant halucinator (paranoid, avînd o evoluție de aproximativ două săptămîni).

– **Reacții prelungite** în care se combină psihotraume, eșecuri, schimbări de viață etc. Perturbarea poate dura săptămîni sau luni și se exprimă prin depresie (după pierderi importante), astenie (după epuizări majore), hipocondrie (în cadrul impresi-onării subiectului de boala sau moartea celor apropiați, precum și a iatrogenizării medicale etc.).

Unele situații speciale apar la persoanele dizarmonic-psihopate. În primul rînd, ele pot induce o situație tensi-onal-conflictuală și, în general, împrejurările în care figurează ulter-ior ca factori determinanți ai unei stări reactive. În al doilea rînd, unele dintre aceste persoane prezintă în mod periodic „dezvoltări reactive prevalențiale”, constînd din polarizarea vieții lor psihice pentru luni sau ani pe o singură temă, care le acapa-rează toate preocupările și comportamentele sociale. Evenimentul trăit este mai mult un pretext care – așa cum spunea Kretschmer, – se potrivește ca și cheia în broască cu particu-laritățile caracteriale dizarmonice. În mod tradițional, au fost descrise dezvoltări expansive (de luptă pentru „dreptate”, deseori, cu procesomanie), senzitive (cu suspiciune și idei de referință), autiste (cu retragere socială progresivă). Recent, a fost descrisă și o tematică legată de statutul de bolnav (sindromul Münchhausen). Pacientul este centrat de preocuparea de a fi considerat bolnav și tratat; motiv pentru care modifică anamneza, simptomele, analizele etc.

În cazul dezvoltărilor reactive prevalențiale se poate con-sidera că tulburarea se datorează aproximativ în egală măsură tulburării de personalitate și influențelor psiho-sociale. Aceeași

apreciere este valabilă și pentru încă câteva situații speciale și anume:

– **Dubla personalitate** a unor indivizi ce prezintă succesiv un anumit model comportamental subordonat unei anumite identități sociale ce alternează cu o perioadă în care afirmă o altă identitate și alt comportament social. Această tulburare rar întâlnită a fost corelată cu stările disociative de conștiință și cu personalitatea psihopată histrionică.

În capitolul tulburărilor psiho-reactive se comentează, de obicei, și **suicidul și parasuicidul**. Decizia și intenția de sinucidere este expresia unei stări de criză psihică reactivă care poate apare la persoane ce prezintă și alte tulburări psihice, dar și la persoane care în rest sînt complet normale. Există și sinucideri care au argumente strict antropologice (respectarea onoarei etc.) și care se plasează mai mult între motivele antropologice de comportament ale omului în calitatea lui de ființă liberă decît între cele psihopatologice.

Comportamentul suicidar este cel care are la bază o decizie fermă de moarte, se realizează conform unui plan, cu precauția de a nu fi descoperit și de a reuși. Subiectul lasă, de obicei, o scrisoare argumentativă și folosește mijloace violente. Comportamentul parasuicidar se desfășoară impulsiv, fără precauții, uneori, în prezența altora sau chiar cu evidentă intenție de a-i impresiona; Mijloacele sînt cu precădere medicamentoase și cazurile sînt frecvent rezolvate. Parasuicidul este de 8–10 ori mai frecvent decît comportamentul suicidar, e mai frecvent de 3 ori la femei și la vîrste tinere. Sînt mai predispuse persoanele particulare, în condiții de frustrare, eșecuri, dificultăți de adaptare. Repetarea tentativei crește șansa de reușită. Sinuciderea reușită e mai frecventă la bărbați și e favorizată de vîrsta înaintată, izolarea socială, boli somatice, algice prelungite. Aproape jumătate din persoanele că se sinucid fac consulturi în ultimele săptămîni ca un fel de „semnal de alarmă”. Dintre bolile psihiatrice predispune la suicid mai ales psihozele afective, alcoolismul, schizofrenia. Există și un suicid „mască” prin accidente rutiere sau de muncă, prin nerespectarea prescripțiilor medicale în cazul bolilor cu evoluție îndelungată.

– **Delirul indus** se referă la situația în care o persoană abulică (pasiv dependentă) preia și afirmă convingeri delirante

exprimate de o altă persoană apropiată ce îndeplinește un rol dominator și are un delir sistematizat.

Reacțiile psihopatologice trebuie să fie distinse de situațiile în care evenimentele trăite joacă doar un rol declanșator al unei psihoze endogene la persoane vulnerabile. Ele pot „ocasiona”, uneori, manifestarea unei nevroze. În cazul suferințelor psihiatrice condiționate primar somatic se cere inventariată și cota parte de reacție psihopatologică.

C) TULBURĂRILE DE TIP NEVROTIC

Sînt condiționate predominant psihogen (prin factori psiho-sociali), dar nu univoc, ci prin cumul. Se presupune că și vulnerabilitatea persoanei (de fond și circumstanțială) joacă un rol important. Dintre factorii psiho-sociali care pot fi incriminați amintim:

- cumulara de psihotraume, schimbări de viață, eșecuri;
- influențe psihice negative prelungite ale ambianței proximale;
- învățări patologice;
- conflictul intrapsihic conștient sau neconștient (asupra ultimului a insistat mult psihaanaliza).

Multitudinea de factori ce intervin fac dificilă conturarea unei teorii psihopatologice unitare a nevrozelor (concepții psihaanalitice, fenomenologice, comportamentale, cognitive), determinîndu-i pe unii autori moderni să renunțe la termen. Însă, tradiția psihopatologiei clinice este destul de puternică pentru ca acest concept să fie menținut. Factorii de vulnerabilizare circumstanțială sînt și ei însemnați:

- perioade de epuizare bio-psihologică și de devalorizare prin frustrare și eșec;
- perioade de criză bio-psihică în cadrul ciclurilor vieții;
- perioade de criză psihologico-existențială în cadrul bilanșurilor vieții etc.

În ceea ce privește fondul de personalitate se reține, de obicei, următoarele:

- o imaturitate afectivă;
- particularități tipologico-caracteriale însoțite de disabilități minore;
- o vulnerabilitate de tip endogen nu este exclusă, dar încă nu este demonstrată clar.

Persoanele care prezintă la vârsta adultă tulburări nevrotice au avut, deseori, în perioada infanto-juvenilă manifestări de acest tip sau unele tulburări ale dezvoltării.

Tulburarea nevrotică se desfășoară după modelul episodului psihopatologic și al bolii psihice. E.P. are, de obicei, un debut lent progresiv, ajungând în mai multe luni la intensitatea care reclamă consultul psihiatric. Sporirea intensității patologiei nevrotice poate fi precipitată de psihotraume ori de schimbări de viață. Durata unui episod este în mod frecvent lungă, de luni sau chiar ani. Se produc remisiuni frecvente, dar recidivele, defectul și cronicizarea sînt, de asemenea, posibile.

În cadrul stării de nevroză pacientul este predominant „ego-diston“, adică în conflict și dezacord cu el însuși, inhibat comportamental, cu trăiri subiective neplăcute, lamentativ și cu tendințe la dependență (de altă persoană, de factori medicali). Desigur, aceste caracteristici nu sînt prezente laolaltă la toate cazurile. Ele se polarizează cu modelul tip de existență și de manifestare al psihopatului (cu dizarmonie caracterială) care ar fi egosinton, cu trecere ușoară la act, comisiv, perturbînd mai mult pe alții decît suferind el însuși. Această polarizare este doar de principiu și orientativă.

Notă: Egodistonia nevrotică este explicată de psihanaliză printr-un conflict intrapsihic inconștient. El ar constitui un centru de acumulare pentru toate tendințele și pulsunile psihice neacceptate de „cenzorul moral“ și pentru toate tensiunile psihice nedescărcate. S-ar constitui astfel un „Eu secund“ (Jung), un fel de „corp străin intrapsihic“ care dirijează „din umbră“, din zona neconștientă, atitudinile, orientările, opțiunile, comportamentele subiectului, întreținînd un clivaj intrapsihic și egodistonia.

Tulburările psihopatologice din starea de nevroză sînt considerate de intensitate medie, adică, ele nu comportă o gravă perturbare a percepției, înțelegerii și reprezentării lumii, așa cum se întîmplă în delirul halucinator, disociația ideo-verbală, manie sau depresie majoră, catatonie, „delirium“, demență etc.

Simptomatologia caracteristică nevrozei se grupează în mai multe sindroame care se pot ordona variat, conturându-se și unele configurații sindromatice clinice mai frecvente.

Principalele sindroame (sau subsindroame) întâlnite frecvent în nevroze sînt (după I.C.D. 10 modificat):

- Anxietatea generalizată;
- Atacul de panică;
- Agorafobia (cu sau fără atac de panică);
- Fobii sociale;
- Fobii speciale;
- Obsesiile;
- Compulsiile;
- Depresia de intensitate medie (cu sau fără anxietate);
- Astenia;
- Tulburări de somatizare (disconfort corporal, cenestopatii centrate pe organ sau generalizate);
- Algia psihogenă;
- Hipocondria;
- Tulburări perceptivo-senzoriale și motorii psihogene;
- Stări disociative de conștiință psihogene (fugă crepusculară etc.);
- Leșin psihogen;
- Depersonalizare.

Configurațiile sindromatice clinice sau *Modulii Sindromatici* cei mai frecvent întâlniți, care ar putea constitui și forme clasice de nevroze, ar putea fi considerați următorii:

- *M.S. Anxios*, constînd din anxietate generalizată cu sau fără atacuri de panică. Se pot adăuga unele fobii, mai ales în sens hipocondriac (frica de boală, de a înnebuni), schițe din alte fobii și elemente depresive.

- *M.S. fobic* este centrat pe agorafobie, însoțită sau nu de atacuri de panică (acestea pot, uneori, fi primul element clinic ce apare). Mai sînt caracteristice fobiile sociale și speciale. Poate fi prezentă anxietatea și unele obsesii și depresia (ultima apărînd mai ales secundar).

- *M.S. obsesiv-compulsiv*, caracterizat prin sindromul respectiv. Pot fi prezente unele fobii speciale („fobii anankaste“), așa cum sînt cele de microbi, murdărie, obiecte ascuțite, înălțime, care se corelează strîns cu compulsiile cu încărcături agresive. Fondul

afectiv este mai frecvent depresiv sau rece, indiferent, anxietatea apărînd ca secundară conținutului trăirilor obsesive. Uneori, este prezentă depersonalizarea.

– *M.S. depresiv de intensitate medie*, care se poate corela cu anxietatea sau cu astenia, cu tulburări de somatizare, algie psihogenă și hipocondrie.

– *M.S. astenic* în care predomină astenia și tulburările de somatizare.

– *M.S. de tip histeric* (în exprimare tradițională) în care predomină tulburările de conversiune somatică, stările disociative de conștiință, leșinul psihogen, eventual, unele tulburări de somatizare exprimate hiperexpresiv și unele stări de depersonalizare.

– *M.S. hipocondriac* în care predomină acest sindrom, tulburările de somatizare și, eventual, algia psihogenă și depresia.

Chiar dacă grupele sindromatice expuse se întîlnesc frecvent sub această formă ele nu sînt singurele modalități de manifestare ale tulburărilor nevrotice. În unele cazuri este prezent doar un sindrom izolat cum ar fi, de exemplu, atacul de panică sau algia psihogenă. Alteori, înregistrăm combinații la egalitate între două forme clinice (M.S.) cum ar fi, de exemplu, M.S. anxios și cel fobic sau cel fobic și cel obsesiv-compulsiv. În cazuri mai complexe sînt prezente mai multe sindroame. Principalele direcții de manifestare ale combinațiilor complexe sînt:

– polul predominant anxios, cuprinzînd și patologia de tip fobic și obsesiv compulsiv, care poate evolua în direcția formelor grave de „psihastenie” descrise de Janet;

– polul predominant histeric, reluînd fenomenele din acest M.S., dar și cele de somatizare și depersonalizare;

– polul predominant asteno-cenestopat-hipocondriac.

Cazurile în care se înregistrează tulburări nevrotice de mare intensitate (și eventual din multiple serii) se pot apropia de psihozele endogene, mai ales de schizofrenie, ca forme marginale („pannevroză” sau schizofrenia pseudo-nevrotică a lui Hoche). În aceste cazuri sînt, de obicei, implicate tulburări în planul structurii caracteriale primare sau secundare.

Tulburările nevrotice evoluează, de regulă, sub forma unuiu sau mai multor episoade care se remit. Terapia lor necesită și

intervenții de psiho-socio-terapie, de diverse tipuri: psihoterapie cathartică, de relaxare, sugestivă, comportamentală, cognitivă, familială, de grup etc. Sînt utile diverse forme de exersare ale abilităților, antrenamente corporale etc.

D) TULBURĂRI INSTINCTIVE ȘI COMPORTAMENTALE PARTICULARE

O serie de tulburări psihopatologice constau din simptome care, de obicei, sînt incluse în sindroame. Dar, ele pot fi prezente și izolat, adică, fără un context psihopatologic (în sens antropologic sau biologic). Uneori, astfel de tulburări pot fi mai mult sau mai puțin apropiate de unele sindroame psihopatologice mai ample, corelabile cu Moduli Sindromatici clinici sau cu unele particularități (tulburări) de personalitate. Oricum, ele trebuie delimitate și circumscrise cît mai detaliat, avîndu-se în vedere și o eventuală etiopatogenie specială. Pot fi incluse:

- Tulburări de somn, în sensul reducerii lui cantitative (în perspectiva adormirii, trezirii matinale, a trezirilor nocturne repetate etc.);

- Modificări importante ale ritmului circadian;

- Tulburări alimentare: inapetență, anorexie, bulimie, polifagie, pica. O configurație sindromatico-clinică particulară o constituie „anorexia mentală a tinerelor fete“ care are un tablou clinic particular;

- Tulburări ale pulsionilor și comportamentului sexual. Acestea sînt mai frecvente în cadrul tulburărilor dizarmonice ale personalității (de tip psihopat), dar ele pot fi prezente și în împrejurări în care tabloul clinic este dominat de tulburări nevrotice, de manifestări aparținînd psihozelor endogene sau a celor organic cerebrale. Lista acestor perturbări este mare. Un prim grup îl constituie satisfacțiile sexuale obținute în mod particular (prin autoexcitarea organelor, prin exhibiție sexuală, travestitism, voyeurism, contacte cu „obiecte“ anormale etc.). Un alt aspect este reprezentat de manifestarea pulsionii (tendinței,

atracției atașamentului) erotico-afectiv în direcții anormale. În mod central se situează *homosexualitatea*, egodistonă și egosintonă, circumstanțială sau prelungită. Oricum, din această categorie se exclud tulburările identității sexuale.

– Tulburări impulsiv-comportamentale anormale (diverse „manii“), paroxistice și limitate în timp, dar repetabile. În această categorie pot fi incluse comportamente care apar inițial ca tentații, dar care nu pot fi controlate, ajungându-se inevitabil – după o luptă interioară mai mare sau mai mică – la efectuarea actului. Act care în sine este absurd, insuficient de clarificat motivațional și ca scop chiar și pentru pacient. Chiar în context egodiston bolnavul nu se dezice explicit și suficient de comportamentul său. Din această categorie intermediară între tulburările de personalitate și cele de tip nevrotic fac parte:

– *Cleptomania*, adică, impulsul și actul de a-și însuși obiecte străine, dar fără o utilizare eficientă;

– *Piromania*, constând în impulsul și acțiunea de a incendia, insuficient motivate rațional pentru pacient și pentru alții;

– *Dromomania* sau impulsul și acțiunea de a vagabonda;

– *Dipsomania* care semnifică impulsul și acțiunea de a consuma alcool, lichide, droguri etc.

Acest tip de tulburări sînt mai frecvente la persoanele abulic-psiastene. Condiționarea exterioară (cel puțin în fazele inițiale = tentația) este frecventă. Mecanismele de condiționare-învățare pot să întrețină tulburările; la fel ca și oscilațiile endotime.

E) PSIHOZELE ENDOGENE

Acest grup nosologic se referă la tulburări de intensitate majoră (cu importante perturbări ale percepției, interpretării, înțelegerii și reprezentării realității din care rezultă un comportament deficitar-aberant în plan socio-cultural), care se instalează fără a se putea identifica o cauză actuală directă (determinată) psihogenă sau organică. Adică, rolul cel mai important îl joacă

vulnerabilitatea endogenă a persoanei, aflată într-un moment de viață în care acesta se accentuează și asupra căreia acționează variați factori declanșatori ce sînt, de obicei, de intensitate subclinică.

Principalele clase nosologice tradiționale din acest grup sînt constituite de:

0.

1. Psihoze predominant afective periodice.

2. Psihoze predominant delirante.

3. Psihoze predominant depersonalizant-dezorganizante (de tip schizofren).

4.

În această enumerare poziția 0 ar corespunde cazurilor de intersecție ale psihozelor endogene cu patologia (în prealabil comentată) din seria tulburărilor de personalitate (marginale), a reacțiilor psihopatologice (scurte, dar de formă și intensitate psihotică) și a tulburărilor nevrotice (de mare intensitate și persistență, plurimorfe etc.). Această cazuistică intermediară nu anulează, însă, sistematica nosologică centrală de forme clinice tipice.

Iar poziția 4 se referă la zona de intersecție dintre psihozele endogene și patologia psihică condiționată organic-cerebral. Ea se exprimă în forme clinice mai particulare, cum ar fi psihozele endogene cu o componentă „confuzivă” (maniacală, depresivă, de tip schizofren sau delirant acut) și „catatonie febrilă”, dar și prin alte tulburări de tip afectiv (depresiv, maniacal sau anxios), delirant halucinator sau schizofren.

În continuare, vom prezenta cîte un „portret-robot” a claselor nosologice tradiționale, așa cum sînt înțelese ele în prezent. De asemenea, vom comenta succint formele sindromatice și evolutive ne-tipice.

Pentru toate clasele nosologice tradiționale tipice se presupune:

- o încărcătură genetică specifică sau „de spectru”;
- unele caracteristici (eventuale) ale persoanei premorbide însoțite, uneori, de existența unor markeri bio-psihologici;
- caracteristici ale vârstei, modului de debut, duratei episoadelor, modelului evolutiv;
- specificități terapeutice și de management.

1. Psihozele afective periodice. Se caracterizează prin apariția de-a lungul vârstei adulte a unor episoade depresive și/sau maniacale, cu durată de aproximativ șase luni, cu tendință la remisiune completă, dar și la recidivă. Apariția episoadelor poate să fie ori să nu fie precedată de factori declanșatori psiho-sociali sau organici. Se constată că unele cazuri în care episodul de depresie majoră se instalează reactiv evoluează, ulterior, în cadrul acestui grup nosologic. Această schemă kraepeliană clasică a fost disecată pînă la extrem în ultimele decenii. *Principala diferențiere acceptată este cea dintre psihozele bipolare (manie-depresie) și cele monopolar depresive, (forma unipolar maniacală fiind controversată).* În cursul bolii sînt prezente tulburări de bioritm, endocrine și de funcționare corporală:

1.1. Boala afectivă bipolară se poate instala la adultul tînăr mai ales cu episoade maniacale. Durata naturală a episoadelor ar fi de aproximativ 6 luni. Episodul depresiv poate fi inhibat, anxios, iritat (disforic), cu delir congruent, cu stupor. În forme de intensitate medie depresia poate fi „mascată” prin simptome somatice, nevrotice sau prin abuz de alcool.

Episodul maniacal se poate prezenta ca excitație euforică sau iritată („disforică”, „ostil-paranoidă”), ca agresiv maniacală (uneori, confuzivă) ori se poate însoți de un delir congruent. Depresia și mania pot avea intensități medii sau ușoare (sub-linice), precedînd episoadele majore sau intercalîndu-se lor (în aceste cazuri depresia poate fi, uneori, etichetată ca „nevrotică”). Există și forme *mixte*, fie alterne în care mania și depresia se succed la scurte intervale (zile, ore), fie concomitente în care co-există elemente ale tabloului depresiv și maniacal.

Evolutiv pot exista următoarele variante în raport cu modelul tipic:

- episoade lungi cu durată de 1-2 ani;
- evoluție ciclică cu trecerea depresiei în manie și invers; durata totală a bolii fiind lungă;
- remisiuni incomplete cu defect clinic și social;
- cronicizare.

În terapie sărurile de litiu au valoare profilactică, reducînd frecvența și intensitatea episoadelor.

1.2. Boala afectivă monopolar depresivă apare, de obicei, la o vîrstă înaintată, iar episoadele sînt mai lungi. Deseori, personalitatea este de tip ananșast (tipus melancolicus descris de

Tellembach). Există și forme cu evoluție sezonieră în care depresia apare în anotimpul cu lumină redusă. Tabloul clinic al episodului ridică aceleași probleme ca în boala bipolară. Mixtarea cu alcoolul, toxicomaniile, cu elemente nevrotice, este mai frecventă la pacient și la rude. Terapia antidepresivă este, uneori, necesară și în perioadele interepisodice. Problemele evolutive sînt aceleași ca la boala bipolară.

Unii autori admit și o boală monopolar maniacală, care ar fi mai frecventă în țările meridionale (cu iluminare mai intensă și prelungită). Se crede că în declanșarea ei ar interveni și factori socio-culturali și circumstanțiali (Leonhard).

În cadrul psihozelor afective este posibil să apară un unic episod. Dar, acest model evolutiv trebuie afirmat numai dacă pacientul a trăit destul. În cazul în care se repetă două episoade depresive evoluția este greu de stabilit. Tipul de personalitate (ciclotimă, cu episoade hipomaniacale intercalate și încărcătura genetică de tip bipolar) ar orienta patologia în această direcție (boala etichetată provizoriu bipolar II și III).

2. Psihozele delirante. Sînt psihoze în care tabloul clinic dominant constă din delir însoțit sau nu de halucinații și alte sindroame ce gravează în jurul lui (sindroame paradelerante). Din principiu, se exclude simptomatologia caracteristică schizotreniei. Totuși unele simptome din sindromul de transparență-influență pot fi prezente un timp foarte scurt. Apariția tulburării poate să fie sau să nu fie precedată de factori declanșatori psiho-sociali sau organici.

Nosologia actuală (I.C.D. 10) distinge două grupe distincte în raport cu durata:

2.1. Psihozele delirante scurte cu durata de sub 3 luni (sau sub 6 luni). Predomină delirul halucinator. Ca formă specială se notează „bufeul delirant“ al autorilor francezi în care există un tablou clinic variabil, cu schimbări de dispoziție afectivă și chiar de o tematică delirantă, cu fenomene din seria depersonalizării. Simptome din seria transparență – influență pot fi prezente pentru o perioadă scurtă (sub o lună). Acest grup nosologic ar fi mai frecvent în țările în curs de dezvoltare.

2.2. Psihozele delirante persistente evoluează mai mult de 3 (6) luni, apar la vîrsta adultă sau înaintată și nu duc la o dezorganizare a personalității de tip schizofren. Dintre formele definite clasic menționăm:

2.2.1. *Paranoia*, în care delirul este în formă pură și sistematizată, cuprinde nucleul personalității, iar tematica poate fi variată: de persecuție, megalomană, erotomană, de gelozie, mistică, dismorfofobică, de posesiune, zoopatică. Tendința este spre cronicitate; existența persoanei fiind centrată de tematica delirantă. Pot exista perioade subdepressive și/sau perioade hipomaniacale.

2.2.2. *Psihoza paranoidă* în care predomină delirul de persecuție însoțit de halucinații și anxietate. Simptomatologia nu cuprinde elemente suficiente pentru diagnosticul de schizofrenie.

2.2.3. *Parafrenia* se manifestă ca un delir cu tendință expansivă (uneori, cu confabulații, cu tematică megalomană). Însă, delirul este „încapsulat”, în sensul că subiectul are o dublă contabilitate și nu confundă universul său delirant (de obicei, secret) cu cel normal în care se inseră adecvat. Pot fi prezente și simptome din seria influenței și transparenței, precum și alte indicii care orientează, uneori, diagnosticul spre schizofrenie.

3. Psihozele schizofrene. Se caracterizează, în mod tradițional, prin debut la vârste tinere (între 15–45 ani), evoluție prin pusee care se soldează cu un defect clinic și social de variate intensități. Tabloul clinic este dominat de tulburări psihopatologice din seria dezorganizării personalității (a depersonalizării în sens larg), implicând sindroame de tipul disociației ideo-verbale și comportamentale, ambivalenței și autismului (modul sindromatic bleulerian). Precum și din tulburări care, în ultimul timp, sînt grupate în doi Moduli sindromatici: *schizo-productiv* ce include sindromul de transparență-influență, delir (predominant paranoid), halucinații (predominant auditiv-comentative) și tulburări perceptive nehalucinatorii și *M.S. schizo-deficitar*, care cuprinde sindromul de indiferență, sindromul apato-abulic, sindromul de depersonalizare, sindromul de retragere socială (autism), sindromul cataton. Acești M.S. se pot combina în mod variat, concomitent ori succesiv.

Formele clinice clasice sînt: *paranoidă*, *hebefrenă* (*dezorganizantă*), *catatonă*, *simplă*. În prezent, tabloul clinic este analizat din perspectiva predominării M.S. productiv sau deficitar.

Durata episodului este de minim 6 luni. Cazurile cu simptomatologie caracteristică, dar cu evoluție între 1–6 luni, se cer codificate separat (ca „schizofrenie acută”, „psihoză schizo-

freniformă"). Cazurile a cărui prim episod depășește 2 ani pot fi etichetate ca fiind *cronice*, fără ca aceasta să însemne un defect instalat definitiv. *Defectul* ce se menține nemodificat peste 5 ani se consideră defect constant.

„Spectrul caracterial” al psihozei schizofrene include o serie de tulburări de personalitate: *schizoidă*, *schizotipală* și alte forme grave (de exemplu, obsesiv-compulsivă).

Nuanțări ale imaginii clasice. Acestea se pot referi atât la tabloul clinic, cât și la modelul evolutiv:

– *Variante ale tabloului clinic ale episoadelor malade.* Acestea se referă la combinații netipice (în sens clasic) ale Modulilor Sindromatici (M.S.) ce caracterizează această patologie. Se poate realiza o combinație particulară între diverși M.S. sau părți ale acestora (de obicei, sindroame sau subsindroame din lista celor prezentate deja). Menționăm pentru început două situații frecvent întâlnite și care creează probleme clinicienilor:

– Combinația dintre M.S. schizo-productiv (complet sau parțial) și M.S. maniacal sau depresiv (complet sau parțial). În cazurile în care această combinație este prezentă la egalitate în cîntarul diagnosticului se vorbește de episoade *schizo-afective*.

– Combinația dintre M.S. maniacal sau depresiv și M.S. delirant, necongruent cu starea afectivă (și fără alte simptome psihopatologice care să plaseze cazul în altă clasă, cum ar fi cea a schizofreniei). Cînd această combinație e prezentată la egalitate se poate vorbi de episod afectiv (maniacal sau depresiv) – delirant (necongruent).

Vom prezenta o listă a unor combinații posibile pe care clinica psihiatrică actuală le întâlnește uneori. Regula generală în aceste cazuri este o combinație în care nu se poate decide apartenența clară la o anumită clasă sindromatică (sau de tip M.S.). În acest caz se are în vedere și subansamblele coerente ale M.S.

1. Sindromul cataton + sindromul depresiv

Notă: O formă particulară e constituită dintr-o agitație catatonă ce se însoțește de manierismul și modalitățile hiper-expresiv-extatice. Aceasta ar putea constitui un M.S. separat.

2. M.S. schizo-dezorganizant caracterizat prin elemente ale sale (mai ales prin disociația ideo-verbală și comportamentală) și elemente ale M.S. maniacal sau depresiv.

Mai importantă e prima combinație care poate sta la baza multor cazuri de „hebefrenie” tradițională. Un aspect mai recent relevat este cel al tulburărilor ideo-verbale ce ar rezulta din această combinație și care pot conduce la stări deosebite de „schizofazie” (în sensul tipologiei lui Leonhard).

3. M.S. schizo-deficitar + elemente din M.S. maniactal (excitație) sau depresiv (inhibiție). Nu trebuie ignorat că tabloul clinic clasic al „schizofreniei simple” poate prezenta perioade de accentuată inhibiție (care are o conotație depresivă) și perioade de expansivitate ne-euforică ce nu mai pot fi explicate decât printr-o combinație sindromatică.

4. M.S. schizo-productiv (fără ca delirul să fie intens exprimat) + M.S. maniactal sau + M.S. depresiv. Acestea reprezintă tabloul clinic al episoadelor schizo-afective amintite.

5. M.S. maniactal sau depresiv + M.S. delirant (necongruent).

Notă: Episodul depresiv se poate combina cu elemente ale sindromului de suspiciune, sindromului de iritare-ostilitate (disforic). Ultima combinație se constituie, rareori, în E.P. (eventual în combinație cu sindromul de suspiciune; orientarea fiind spre E.P. afectiv-delirant paranoid).

Ipoteza Școlii vieneze (P. Berner) asupra unei posibile psihoze cu E.P. predominant disforice (deci, în care ostilitatea suspicioasă să se combine și să domine un set sindromatic depresiv) nu e nici confirmată, nici infirmată. Ea se referă la un tip de cazuistică care ar putea fi calificată de intensitate medie, iar dacă intensitatea e considerată majoră se suprapune pe „mania iritată” („paranoidă” – Murphy) sau „depresia agresivă”. Oricum, listele de simptome pot fi orientative pentru configurarea etichetării. Prezența unui E.P. de intensitate psihotică dominat de sau constând exclusiv din sindromul anxios (care, deci, nu e subordonat depresiei, ci se impune în prim plan) nu e acceptat de toți autorii. Totuși unii dintre ei atrag atenția asupra acestei posibilități (K. Leonhard, M. Roth).

Variante ale tabloului evolutiv. În cadrul modelelor evolutive standard menționate există o veche dispută, încă netranșată, privitoare la specificitatea acestora. Dacă excludem prima variantă – cea a episodului unic – atunci specificitatea evolutivă ar ține doar de preponderența cazuisticii, în sensul că schizofrenia nucleară și psihozele delirante persistente au o tendință mai mare

spre evoluție progredientă sau recurentă cu defect decît psihozele delirante scurte și cele cu E.P. predominant afectiv. În raport cu cele două extreme s-ar putea face următoarele remarci:

– Psihozele recurente fără defect interepisodic (sau cu defect minor) nu includ decît o parte din psihozele endogene cu episoade pur maniacale și/sau depresive (monopolare și bipolare, pure sau cu variante ale acestora). În această categorie mai pot fi incluse psihoze endogene a căror E.P. prezintă un tablou clinic de tipul:

- afectiv-delirant;
- schizo-afectiv (simplu sau complex);
- delirant scurt (bufe delirant în sens francez);
- schizofreniform (în sensul lui Langfeld sau a DSM-III-R)
- catatonie periodică (cu eventuale variante atipice ale tabloului clinic);

– psihozele cu tablou clinic particular ca cele descrise de Leonhard în cadrul psihozelor ciclice (unele fiind recomandate de Perris în cadrul psihozelor cicloide);

– altele.

Toate aceste eventualități pot evolua prin episoade ce se repetă după același model sau, mai rar, cu variații de la un episod la altul, care totuși permit menținerea (sau agregarea) în direcția unei clase tipologice de psihoze endogene. Mai rar ele pot fi necongruente, anarhice, nepermițînd o sistematizare.

Alte formule neclasice de luat în considerare sînt:

– Situația în care tabloul clinic se clarifică doar prin agregarea unor episoade succesive (la clarificarea tendinței de definire nosologică participînd eventual și defectul interclinic). De exemplu, un pacient care prezintă unul sau două E.P. schizo-afective sau afectiv-delirante în decursul primilor 5 ani de evoluție poate fi, eventual, etichetat – pe baza altor episoade și a defectului – ca evoluînd spre schizofrenie, psihoză delirantă sau psihoză afectivă periodică.

– Situația în care un caz care după ce este clar definit nosologic (la un moment dat) prezintă și E.P. care nu se înscriu comprehensibil în perspectiva paradigmă diagnostică. De exemplu, un caz evident de schizofrenie prezintă episoade pure de manie sau depresie (deci, nu doar episoade schizo-afective). Sau un caz clasic de psihoză bipolară prezintă un episod delirant sau schizofren fără ca ulterior evoluția să reitereze astfel de E.P.

– O variantă aparte (deja prezentată) constă în prezența unor E.P. recurente de tip variat, care nu permit configurarea evolutivă (pînă la un moment dat) a unei încadrări într-o direcție nosologică.

În analiza și etichetarea formelor clinice de psihoză endogenă trebuie ținut seama și de aspectele sociale, culturale, de civilizație și istorice, precum și de intervențiile psihoterapeutice.

F) PATOLOGIA PSIHICĂ CORELATĂ CONSUMULUI DE ALCOOL ȘI DE DROGURI PSIHOACTIVE

Ordonarea acestui capitol depinde de tipul de substanță în discuție (cel mai des alcoolul, dar și medicamente sedative sau dinamizante, psihodisleptice etc.). Desigur, este posibilă combinarea mai multora. Se face diferențierea între abuz, dependență și complicații psihice, cu tulburări comportamentale care perturbă existența socială a subiectului. Deseori, abuzul și dependența de aceste substanțe este secundară altor tulburări psihopatologice din aproape toate categoriile nosologice. Ceea ce implică un dublu diagnostic. Tulburările nevrotice concomitente (sau care apar ca și complicații) fac parte și ele din definirea tabloului clinic.

Abuzul circumstanțial de substanțe psiho-active poate fi accidental sau voluntar. Patologia se conturează la nivelul disfuncțiilor somatic-cerebrale; sindroamele principale fiind din seria denivelării vigilenței conștiente în direcția comei, deliriumului sau a altor sindroame din această serie. După depășirea episodului bio-psihic acut se cere analizată eventuala condiționare psihopatologică a acestuia și, desigur, etichetată și tratată adecvat.

Abuzul periodic de substanțe psiho-active indică aproape cu certitudine altă patologie subjacentă; cel mai frecvent psihopatologică. Poate apare la persoane dizarmonic-psihopate, în stări reactive repetate, la nevrotici, la bolnavi afectivi subclinici ș.a. Forma clinică standard este *dipsomania* care se manifestă ca impuls periodic irezistibil de a consuma droguri (alcool, lichide) timp limitat, cu abstenență ulterioară prelungită. În aceste cazuri

este de studiat disfuncția diencefalică. Abuzul periodic (de exemplu, de alcool) poate fi ritmat și de ritualuri sociale (de exemplu, abuzul de weekend în țări cu prohibiție săptăminală) sau de vulnerabilitatea personală (ce se decompensează periodic la psihotraume). Există o tranziție spre consumul continuu cu dependență.

Consumul continuu cu dependență. Se poate instala lent progresiv prin creșterea dozelor zilnice sau prin perioade de abuz cu reducerea progresivă a perioadelor libere pînă la dispariția lor. Dependența psihică se exprimă prin consum zilnic; întreruperea acestuia fiind resimțită neplăcut, dar fără fenomene de sevrăj biologic. Ea se corelează cu alte aspecte ale sindromului de dependență. Uneori, subiectul poate fi abstinent în anumite condiții (de exemplu, detenție, călătorie), dar nu în altele. Dependența fizică presupune: toleranță zilnică cu tendință la creștere (sînt tolerate doze tot mai mari pentru o „funcționare socială aparent normală”), reacții bio-psihice importante în primele zile de abstenență, ajungînd la delirium halucinator și dezechilibre biologice care pun în pericol viața. După o abstenență delimitată, la reluarea consumului se ajunge mult mai rapid la toleranța unor doze mari, la dependență și la complicații psihice. În cursul dependenței se deteriorează comportamentul și performanțele sociale, pacientul neevaluînd rațional perspectivele. El apare altora ca „neconștient” de consecințele pe termen scurt și lung ale comportamentului său, neinfluențabil prin persuasiune.

Complicații psihice. Acestea se distribuie pe toată aria tulburărilor psihopatologice chiar și în cazul în care, ipotetic, avem de-a face cu un etilism primar. Putem invoca:

- Complicații acute de tip organic, în sensul „deliriului”. Acesta apare fie în contextul abstenenței, fie a continuității consumului habitual sau a creșterii dozelor.

- Complicații de tipul tulburărilor dismetice, inclusiv sindromul Korsakov.

- Complicații în sensul sindroamelor psihopatologice frecvent întîlnite în patologia psihiatrică endogenă: delirant, halucinator (ambele în context anxios-paranoid), depresiv (mai rar de tip maniacal și disociativ). În toate aceste cazuri se ridică problema în ce măsură există, în prealabil, o vulnerabilitate endogenă pentru acest tip de patologie pe care consumul de drog

(alcool) doar o mediază. Sau în ce măsură tulburările sînt secundare (în sens de epifenomen) tulburărilor de funcționalitate cerebrale.

– Deteriorări ale manifestării și comportamentului social al persoanei similare celor caracteristice pentru persoanele dizarmonic-psihopate. Astfel, înregistrăm perturbarea sau accentuarea „psihopatoidă” a personalității toxicomanului (alcoolicului).

– Deteriorări intelective care pot fi asociate cu restul tulburărilor psihopatologice și organice, posedînd diverse intensități, de la formele de deficit ușor-mediu (și tranzitoriu, în sensul că se poate remite parțial după 6 luni de abținere) pînă la formele grave și ireversibile de „demență alcoolică” (datorită și altor substanțe psiho-active de care subiectul e dependent).

G) PATOLOGIA PSIHIATRICĂ SECUNDARĂ SUFERINTELOR SOMATICE-CEREBRALE

În consens cu cele comentate în prealabil, perturbările somatico-cerebrale pot constitui cauze predispozante, favorizante, declanșante sau determinante a unor tulburări psihice. În măsura în care rolul acestor factori este predominant tabloul psihopatologic trebuie considerat ca fiind secundar, ca epifenomen integrat într-un tablou patologic centrat somatic. Psihopatologul va avea, totdeauna, grijă să încerce o evaluare a cotei parte pe care o joacă în determinarea unei stări patologice actuale:

- factorii organici-cerebrali;
- vulnerabilitatea endogenă a persoanei;
- influențele psiho-sociale în cazurile în care ultimii doi factori nu joacă un rol predominant, dar pot fi totuși invocați (ei ar trebui să fie menționați în subsidiar).

Principalele tablouri clinice psihopatologice care se întîlnesc în acest grup se referă la:

- Tulburările psihopatologice ce se desfășoară paroxistic, critic sau episodic, implicînd denivelări ale vigilenței conștiente

însoțite de alte simptome care configurează variate tablouri sau Moduli Sindromatici. Astfel se pot distinge:

- Denivelarea vigilității conștiente cu dezorientare (delirium);

- Denivelarea vigilității conștiente cu inhibiție (obnubilare, somnol, stupor);

- Denivelarea vigilității conștiente cu deplasare (stare crepusculară sau „disociativă” de conștiință);

- Denivelarea conștiinței cu tablou cataton.

- Tulburări psihopatologice subacute caracterizate prin sindroame dismnestice.

- Tulburări psihopatologice acute și subacute caracterizate prin sindroame caracteristice psihozelor endogene (depresie, manie, delir, halucinații, influență-transparență, disociație etc.).

- Tulburări psihopatologice subacute caracterizate prin sindroame de tip nevrotic (astenic, ceneșopat, hipocondriac, anxios, fobic, obsesiv-compulsiv, histeric).

- Tulburări psihopatologice prelungite (cronice) caracterizate prin tulburări de tip caracterial-psihopat.

- Tulburări psihopatologice prelungite (cronice) caracterizate prin deteriorări intelective ușoare, medii sau grave. Ultima eventualitate se referă la demență.

H) CADRUL NOSOLOGIC AL VÂRSTEI INFANTO-JUVENILE

La această vîrstă specifice sînt „tulburările de dezvoltare” care asimilează o serie din tipurile de patologie ale vîrstei adulte, relevînd și unele modalități de patologie particulară. Se pot astfel nota:

- Tulburări globale de dezvoltare, cu deficit predominant în plan intelectual: *oligofreniile* (deficiența mentală). Oligofreniile corespund într-un fel stărilor sechelare după suferințe organic-cerebrale avînd, însă, deseori și un determinism genetic.

Se clasifică după gravitate, după nivelul coeficientului de inteligență (Q.I.) și, secundar, după etiologie. Oligofreniile reprezintă, în psihiatria adultului, o stare defectivă a personalității, putînd apare pe axa II a unui diagnostic (la fel ca personalitățile dizarmonice de tip psihopat).

– Tulburări globale de dezvoltare cu deficit major în funcțiile de relație interpersonală și socială (psihozele infantile precoce de tip autist și simbiotic). Reprezintă într-un fel echivalentul psihozelor endogene ale adultului la vîrsta copilăriei mici și în perioada infanto-juvenilă se descriu la vîrsta școlară mică, în pubertate și în adolescență psihoze cu simptomatologie asemănătoare cu cea a schizofreniei, precum și oscilații depresiv-maniacale care ar sugera o apropiere față de psihozele afective. Dar, nu se întîlnesc psihoze de tip franc delirant paranoiac-parafren.

– Tulburări specifice de dezvoltare (întîrziere, insuficiență sau dizarmonie în dezvoltarea funcțiilor instrumentale) în care se înregistrează, de obicei, perturbări în dezvoltarea schemei corporale, a praxiilor, a psihomotricității. Acestea sînt condiționate – mai mult sau mai puțin demonstrabil – de disfuncții cerebrale „minime” (adică, fără deficite focale clasice).

Un cadru clinic specific pedopsihiatriei apropiat de cel anterior, dar totuși distinct este:

– Instabilitatea psihomotorie a copilului sau sindromul hiperkinetic.

– Dezvoltarea dizarmonică a personalității cu tulburări de comportament persistente. Acest cadru ar fi echivalentul personalității dizarmonice-psihopate, identificabile la vîrsta adultă. În diverse tratate se descriu separat:

- tulburările de comportament cu perturbarea relațiilor interpersonale, sociale și cu încălcarea normelor de conviețuire înțelese ca un cadru sindromatic și separat;

- anormalități tipologic-caracteriale ale copilului care rezultă dintr-o deviere a dezvoltării armonioase a structurii caracteriale.

La nivelul acestei categorii diagnostice sînt de înregistrat acele tulburări de comportament care tind să devină permanente, nemaidepinzînd de împrejurările psihotraumatizante și care ajung să se conjuge cu (sau să exprime) un caracter dizarmonic deviat de la normă.

- Reacții psihopatologice care pot fi acute (de șoc) și de dezadaptare, adică în raport cu schimbări situaționale sau cu greșeli educative. Un aspect particular îl reprezintă crizele de dezadaptare la anumite vârste (3 ani, 7 ani, 13 ani, 17 ani), cazuri în care intervin, pînă la un punct, și factori endogeni.

- Tulburări de tip nevrotic care la copil sînt *monosimp-tomatice* și corelate strîns cu atmosfera psihologică familială și, deseori, cu simptome corporale. Un important set simptomatico-sindromatic se manifestă la diversele etape ale dezvoltării ontogenetice fiind, în mod tradițional, pus în relație cu influențele psiho-sociale nefavorabile care acționează asupra unui teren predispus, vulnerabil. Dintre acestea pot fi menționate: tulburări ale somnului (*pavor nocturn*), automatisme ambulatorii nocturne, vise de angoasă, enuresis (nocturn și diurn), encompresis, anorexie mentală ce apare la diverse vârste (sindromul cel mai important fiind cel ce se instalează la fete în pubertate), comportamente de tip bulimic, polifagic sau pica, masturbația de la 3-4 ani, ticuri, balbism etc. O serie de tulburări se referă la perturbări ale buneii funcționări neuro-receptive, integratoare și efortorie. Din această serie fac parte disfuncțiile instrumentale (dispraxii, tulburări ale structurării schemei corporale, dislexie, disgrafie, discalculie ș.a.).

La vârsta infanto-juvenilă, în context reactiv și nevrotic apar, deseori, în prim-plan tulburări și perturbări ale funcțiilor instinctive și motorii. Se mai poate întîlni abuzul de alcool și droguri la adolescenți. În sfîrșit, se pot nota sindroamele psiho-organice cerebrale la vârsta infanto-juvenilă, care se desfășoară după modelul general de la vârsta adultă.

I) CADRE NOSOLOGICE ALE VÂRSTEI A III-A (GERONTOPSIHIATRIE)

- Reacții psihopatologice. Predomină net cele de deza-daptare, mai ales forma depresivă.

- Tulburările de intensitate și model nevrotic sînt, de obicei, pluricondiționate, intervenind factorii de teren, anergizanți și cei

reactiv-dezadaptativi. Deseori, joacă un rol însemnat și bilanțul existențial al persoanei. Depresia de intensitate nevrotică se instalează, uneori, endo-reactiv. Factorii organici (cei care implică atingerea creierului și cei ai morții neuronale) sînt implicați, întotdeauna, cel puțin cu o cotă parte.

– Psihoze endogene. În cadrul psihozelor de tip afectiv mania apare mai rar, iar depresia mai frecvent. Aceasta evoluează, deseori, ca o depresie monopolară, cu debut tardiv sub forma melancoliei de involuție. Se întîlnesc, de asemenea, psihoze de tip paranoid, parafren și paranoiac. Se consideră că schizofrenia nu debutează la această vîrstă.

– Sindroame psihoorganic-cerebrale. În acest cadru cele mai importante sînt tulburările consecutive aterosclerozei și procesele abiotrofice cerebrale.

La vîrsta a III-a pot să fie prezente stări psihopatologice care au debutat în copilărie sau la vîrsta adultă.

CAPITOLUL 11

EXAMINAREA ȘI DIAGNOSTICUL ÎN PSIHIATRIE

1. PROBLEME GENERALE ALE DIAGNOSTICULUI PSIHIATRIC

În psihiatrie, la fel ca în restul medicinei, pentru a trata este necesar să știi ce să tratezi, deci, să formulezi în prealabil un diagnostic. Deși aparent simplă, problema diagnosticului psihiatric s-a dovedit o dată cu trecerea anilor a fi tot mai complexă, antrenând numeroase echipe de practicieni și de cercetători într-un amplu efort de colaborare. S-a susținut că tratamentul psihiatric este de multe ori posibil chiar dacă avem la dispoziție un diagnostic clinic stabilit și formulat superficial. Acestui punct de vedere i se poate răspunde că, într-adevăr, unele forme de patologie mentală se pot, uneori, remite în condițiile unui diagnostic aproximativ și a unei terapii minime sau chiar absente. Episoadele psihiatrice se pot remite prin dinamismul bio-psihoritmurilor, prin influența unor împrejurări de viață ignorate de terapeut sau prin însăși eforturile de vindecare ale pacientului. Însă, în majoritatea cazurilor de

boală nu se întâmplă așa. Nu totdeauna psihiatrul terapeut este necesar sau indiferent. De obicei, el îndeplinește realmente un rol pozitiv și este de dorit ca acesta să fie cât mai benefic pentru bolnav; motiv pentru care acuratețea diagnostică se impune. În sfârșit, se poate face observația că psihoterapia care, aparent, pretinde doar un diagnostic clinic parțial, își conturează totuși cu mijloace proprii un diagnostic psihopatologic ce îi ghidează pașii. În consecință, psihiatrului clinician îi sînt necesare cunoștințe solide și detaliate pentru elaborarea diagnosticului. În acest scop el își orientează gîndirea și practica după liniile de forță ale psihopatologiei clinice.

Se poate enunța, de la început, că există mai multe *nivele de complexitate ale diagnosticului*:

Un prim nivel este denumirea suferinței psihice sau „eticheta diagnostică” preluată dintr-un nomenclator. *Un al doilea nivel* îl constituie un diagnostic elaborat în perspectivă etio-patogenică și semiologică, care se articulează cu tendința actuală de formulare a diagnosticului pe axe, invocînd anumite criterii. *Un al treilea nivel* ar consta dintr-un diagnostic comentat și interpretat; fapt ce permite distingerea particularităților cazului, explicația cauzală, analiza etio-patogenică și formularea proiectului terapeutic. La acest nivel intervin și cunoștințele teoretice, doctrinare, la care un psihiatru se afiliază sau pe care le elaborează; precum și capacitatea lui de creație, diagnostică și terapeutică.

Ar fi de dorit ca pentru orice caz tratat într-un staționar psihiatric să se formuleze în scris toate aceste trei nivele ale diagnosticului. Dincolo de aceste nivele analiza interpretativă a unui caz psihiatric se poate institui ca situație exemplară, care generează sau impune unele probleme (și, uneori, soluții) în domeniul psihopatologiei clinice și a psihiatriei în general, manifestîndu-și astfel valențele ei științifice.

Orice diagnostic psihiatric, considerat la nivelul său cel mai elementar de „etichetă diagnostică”, este ales de psihiatrul investigator și terapeut dintr-o listă posibilă de diagnostice. El face parte dintr-un sistem nosologico-nosografic acceptat de o comunitate psihiatrică dată. Desigur, există dorința și tendința legitimă de a se elabora un sistem nosologico-nosografic acceptat de toți psihiatrii

din lume. În această direcție își îndreaptă eforturile atât Organizația Mondială a Sănătății (WHO), cât și Organizația Mondială de Psihiatrie (WPA). Totuși un astfel de sistem internațional, oricât de mult s-ar trudi și colabora pentru redactarea lui, rămîne doar o formulă de compromis. Deși este reprezentativ pentru cunoștințele psihiatrice ale unei epoci el nu poate fi exhaustiv și nu poate acoperi modalitățile zonale de diagnostic bazate pe tradiție, pe frecvența crescută a unor afecțiuni, pe doctrinele acceptate etc. Dincoace de proiectele de clasificare internațională a bolilor psihice CIB-9 și 10 (ICD-9 și 10) există sisteme redactate și acceptate de mai mulți sau mai puțini psihiatri, așa cum ar fi: sistemul american DSM-III, sistemul englez, francez, scandinav ș.a. În afară de SUA celelalte țări nu au elaborat în detaliu convenții naționale privitoare la diagnosticul psihiatric deși astfel de tendințe și chiar încercări au existat și se manifestă în Marea Britanie, Franța sau Țările Scandinave. Sistemele naționale sînt influențate, în mare măsură, de tradiție și limbaj. Dar, și de principalele tratate de psihiatrie care s-au impus în țările respective și de ansamblul revistelor de specialitate semnificative în care se publică analize de cazuri, studii cazuistice, cercetări științifice, investigații prospective și retrospective, cercetări epidemiologice etc. La nivel național, la fel ca la scara internațională, apare evident că diagnosticarea corectă are importanță atât pentru rezolvarea adecvată a unui caz dat, cât și pentru înțelegerea și dialogul dintre psihiatrii din diverse centre, pentru cunoașterea realității și evoluției fenomenului morbid psihiatric în diverse locuri și epoci, pentru progresul științific. Trebuie, de asemenea, semnalate și evidențiate sistemele nosologice și de diagnostic care se corelează cu anumite doctrine și școli psihiatrico-psihopatologice. Adepții psihanalizei freudiene, a doctrinei lui Adolf Mayer, a organo-dinamismului lui H. Ey sau a teoriilor comportamentaliste vor avea tendințe diferite în identificarea, formularea și înțelegerea diagnostică a diverselor cazuri de boală psihică.

În sfîrșit, trebuie să invocăm un palier de cunoștințe psihiatrice afirmate care implică sisteme nosologico-nosografice, dar se desfășoară la nivelul autorilor de manuale, a liderilor de Școli psihiatrice locale, a cadrelor didactice din învățămîntul universitar medical și, în cele din urmă, la nivelul personalității fiecărui psihiatru. În fiecare caz concret personalitatea clinicianului se impune prin ceva, dacă nu la nivelul etichetei

diagnostice atunci, cel puțin, la nivelul diagnosticului etiopatogenetic sau al interpretării și comentării.

Cu cât un psihiatru reușește să sintetizeze mai semnificativ și pregnant datele cunoștințelor științifice și cazuistice ale psihiatriei din timpul său cu atât formulările sale diagnostice pot tinde să se impună mai mult specialiștilor, atât celor din preajma lui, cât și celor din aceeași comunitate doctrinară sau țară. Și, desigur, și pe plan internațional, în sens general.

Sintetizînd, vom putea enunța următoarele nivele de extindere ale sistemelor nosologico-nosografice (SNN):

- Extindere internațională (ICD-9, 10);
- Extindere națională sau lignafonă (francofonă, germanofonă ș.a.);
- Extindere doctrinară și de școală psihiatrică;
- Extindere redusă, în cerc restrîns, dar cu aport interpretativ, comentativ sau de originalitate importantă, cu posibilitate de expandare.

Un sistem nosologico-nosografic (= S.N.N.) numește, enumeră și definește diverse entități nosologice pe care le identifică pe baza tabloului clinic (simptomatico-sindromatologic), a etiopatogeniei, a modalității evolutive și a răspunsului la tratament. Din această perspectivă există entități nosologice pentru care etiologia și patogenia sînt destul de clare, altele la care se presupune o combinație de factori și mecanisme, precum și altele la care prezumția etiopatogenetică este foarte vagă. Deci:

Tablou clinic simptomatic sindromologic	Etio-patogenie
X	clară
X	complexă (prezumtivă)
X	vagă sau deloc cunoscută

Unul și același tablou psihopatologic (de exemplu, depresia, astenia sau anxietatea) pot să fie în oricare din aceste situații. În măsura în care factorii etio-patogenetici sînt clar deslușiți sînt introduși în însăși structura și organizarea SNN, așa cum se

încearcă în DSM-III și ICD-10. Atunci cînd nu există evidențe clare, ci doar presupuziții imposibil de evidențiat în mod exact, pentru moment, asupra determinismului etiopatogenic se recomandă o atitudine cît mai neutrală în ceea ce privește implicarea acestor factori. Aceasta este situația clasică a „scandalului” pe care l-a produs evitarea (sau punerea între paranteze) a termenului de „nevroză” în DSM-III și ICD-10 deoarece nu este clară cota parte pe care o joacă în determinism stresorii psiho-sociali (actuali și cumulați), conflictul intrapsihic (în sens freudian sau existențialist), fragilitatea terenului (în sens genetic) sau învățarea comportamentelor nocive (în sens behaviorist). Oricum, neutralitatea terminologică, corelată cu cea doctrinară, privește, de obicei, doar acel nivel al diagnosticului care are pretenția de a fi accesibil unei largi intercomunicări (internaționale sau naționale) pentru statistică, epidemiologie sau cercetare. În rest, la nivele mai circumscrise sau mai zonale apar, de regulă, în formularea diagnostică conotațiile care sugerează opțiunea diagnosticianului. La nivelul comentării și interpretării unui caz dat încercarea de clarificare etio-patogenică înregimentată doctrinar trebuie să se desfășoare, în mod obligator, amplu.

Pe lângă clarificarea etio-patogenică în circumscrierea cadrelor nosologice a jucat și continuă să îndeplinească un rol care nu trebuie ignorat, tendința evolutivă spontană care exprimă ceea ce se numește „cursul natural al bolii” și, de asemenea, modalitatea de răspuns la diverse terapii.

O importantă problemă a sistemelor nosologico-nosografice constă în gradul lor de extensiune. Nici un SNN nu poate cuprinde toate suferințele, dezordinele și disabilitățile psihice. Oricum, nu le poate include pe cele minore, aflate aproape de variațiile obișnuite, firești, ale existenței persoanei în societate. Dar, în același timp, un SNN nu trebuie să omită nici una din suferințele maladive care au o importanță medico-socială majoră, care necesită și pot beneficia de atenție, îngrijire și terapie psihiatrică. De asemenea, nu trebuie omisă că suferința malativă a persoanei se

poate desfășura în multe arii dintre care cea psihopatologică este doar una.

Ținând seama de cele afirmate se pot opera următoarele diferențieri:

- Sistem nosologico-nosografic standard, internațional sau național (american, englez, românesc etc.), care are o cuprindere largă, dar nu exhaustivă. El trebuie să fie suficient de clar, de ușor de înțeles și utilizat (pentru convenția comunitară), chiar dacă se renunță la unele precizări, nuanțări sau categorii nosologice speciale. Sistemul este important pentru comunicare, educație și analize epidemiologice.

- Sisteme nosologico-nosografice de cercetare (RDC). Ele definesc cât mai riguros un număr relativ limitat de categorii diagnostice incluse în precedentele. Se definesc, însă, în mod clar criteriile de includere și excludere, tehnica de obținere a informațiilor care, de obicei, este laborioasă necesitând interviuri structurate și conformarea față de anumite criterii. Diagnosticarea cere un efort mare și nu e necesară practicianului obișnuit. Sistemul este important pentru cercetarea științifică.

- Sisteme nosologico-nosografice de școală (ale unui autor sau grup de autori) ce se află într-un acord important cu precedentele, dar formulează exigențe, definiții, interpretări și, uneori, denumiri idio-sincrazice. Ele sînt, deseori, utile în practică.

Un nivel mediu al diagnosticului psihiatric, situat între etichetare și interpretare, îl reprezintă formularea lui desfășurată în care este cuprinsă atît starea psihopatologică actuală, cît și terenul pe care acesta apare, etio-patogenia cunoscută (somatopsihică) și evaluarea nivelului de funcționare socială a pacientului înainte și după desfășurarea episodului. În această incidență este suficient de bună orientarea pe care o poate asigura sistemul mult utilizat al diagnosticului pe axe. Pentru comentariul ce urmează vom lua ca referință cele 5 axe binecunoscute pe care le utilizează sistemul DSM-III. Le prezentăm într-o formulare oarecum preluată și interpretată:

- A) tablou clinic
- 1 – Axa I. *Starea psihopatologică actuală* (= tablou simptomatico-sindromatic).
 - 2 – Axa II. *Modificarea de personalitate*
 - 2.1. personalitate dizarmonică („personality disorders“) DSM-III
 - 2.2. personalitate particulară (ICD-10)
 - 2.3. oligofrenie (nivelul de inteligență) (=în proiectul de DSM-IV)
 - 2.4. tulburări specifice de dezvoltare ale copilăriei (DSM-III)
- B) etio-patogenie
- 3 – Axa III. *Tulburări somatice identificabile* (DSM-III)
 - 3.1. care pot fi considerate cauza tabloului psihopatologic actual
 - 3.2. care pot fi considerate concomitente sau parte integrantă a sindromului psihopatologic actual
 - 3.3. care pot fi considerate consecințe ale sindromului psihopatologic
 - 4 – Axa IV
 - 4.1. *Evenimente stressante de viață (L.E.) în ultimele 6 luni* (evaluate după 7 nivele de intensitate)
 - 4.2. Alte L.E. prezente în biografie cu rol posibil în etiopatogenie
- C) funcționare socială
- 5 – Axa V *Nivelul mediu de funcționare socială în urmă cu un an*
 - 5.2. S-ar putea adăuga nivelul de funcționare actuală și cel predictibil pentru viitorul apropiat
 - 5.3. Evaluare (actuală și prognostică) a diverselor capacități sociale

6 Altele

În această schemă elementele principale ale celor 5 axe din DSM-III au fost nu doar prezentate, ci și puțin detaliate pentru a facilita comentariul ulterior. Am dori să subliniem și sistematizarea efectuată mai sus (neprezentă în DSM-III) care diferențiază între:

- I) *Tablou clinic* (= stare psihopatologică actuală + teren);
- II) Etiopatogenie (= somatică- + psiho-socială + endogenă...);
- III) Nivel de funcționare socială (anterior, prezent și previzibil).

Această grupare este propusă și de autorii noului sistem internațional de clasificare al bolilor psihice elaborat de OMS-ICD-10, care pe lângă clasificarea, definirea și descrierea entităților psihopatologice redactează și o versiune pentru cercetare, precum și una referitoare la diagnosticul pe axe, care are în vedere următoarele trei domenii:

1. Complexul psihiatric central (episodul psihopatologic). Personalitate. (d.p.d.v. psihopatologic). Tulburări somatice asociate.

2. Disabilități: 2.1. privitoare la îngrijirile personale, 2.2. privitoare la funcționarea ocupațională; 2.3. funcționarea în cadrul familiei. 2.4. funcționarea în alte roluri.

3. Factori ambientali și circumstanțiali: 3.1. Aria factorilor relevanți psiho-sociali în perspectivă acută sau cronică. 3.2. stilul de viață – privitor la controlul și rezolvarea problemelor, precum și stilul de viață general al individului.

Cele două scheme de diagnostic pe axe, care au fost expuse, nu se suprapun întru totul în ceea ce privește ordinea și detaliile aspectelor ce urmează să fie evidențiate, dar au mari similitudini.

Aceste trei clase ar urma să fie înțelese și prezentate la acest nivel al diagnosticului ca:

a) fiind corelate cu trecutul (cu informațiile obținute prin anamneză și organizate după anumite criterii);

b) având o perspectivă deschisă spre viitor (în funcție de factorii de prognostic cunoscuți și identificați, precum și în funcție de terapiile posibile și accesibile).

Toate datele furnizate permit încadrarea sau neîncadrarea unui caz dat într-o categorie diagnostică a unui SNN.

Vom comenta câteva aspecte privitoare la tabloul clinic (I).

În ultimele două decenii a căpătat o largă răspândire în psihiatrie utilizarea „definițiilor operaționale“, a entităților psihopatologice ce se cer diagnosticate. Acestea constau din stabilirea unui număr finit și explicit de criterii grupate în clase,

dintre care unele sînt obligatorii, iar pentru altele se cere prezența unui număr minim de itemi pentru ca diagnosticul să fie valid. Acest sistem este folosit în sistemele de diagnostic pentru cercetare și s-au răspîndit foarte mult după publicarea DSM-III. În acest manual pentru fiecare entitate nosologică (din cele incluse pe lista prezentată de la început) se face inițial un fel de prezentare și descriere clinică însoțită de precizări privitoare la/vîrsta de debut, evoluție, deficiențe-perturbări, complicații, factori predispozanți, probleme de diagnostic diferențial. Apoi, sînt prezentate criteriile de diagnostic incluse într-un chenar. De exemplu, pentru Episodul maniacal în acest chenar se poate citi:

Notă: Un „Sindrom (sublinierea noastră) maniacal” definit include criteriile A, B, dar nu și C:

A. În perioada distinctă în care dispoziția (mood) este în mod anormal și persistent euforică (la un nivel ridicat = „elegant”), expansivă sau iritabilă;

B. În perioada tulburării dispoziției cel puțin trei din următoarele simptome (patru dacă dispoziția e doar iritabilă) sînt prezente;

1. stimă de sine crescută;
2. nevoie scăzută de somn, adică îi pot fi suficiente 3 ore de somn;
3. vorbește mult mai mult decît de obicei sau se simte presat de a vorbi mereu;
4. fuga de idei sau experiența subiectivă că gîndurile sînt într-o cursă rapidă ce nu poate fi stăpînită;
5. distractibilitate, adică atenția este atrasă de stimuli neimportanți și nerelevanți;
6. o creștere a activității orientate spre scop (în societate, la locul de muncă, la școală, în domeniul sexual) sau agitație psihomotorie;
7. implicare excesivă la activități ce creează satisfacții și plăcere, dar care au un potențial crescut de a avea consecințe negative; De exemplu, persoana se angajează în cumpărături excesive, în activități sexuale „indiscrete”, în investiții exagerate, nebunești, în afaceri.

C. Tulburarea dispoziției este suficient de severă pentru a crea importante perturbări, deficiențe (impairment) în funcționarea ocupațională ori în activitățile sociale uzuale ori în relațiile cu alții sau necesită internarea pentru a preveni dăunării altora ori sieși.

D. În timpul tulburării să nu fie prezente deliruri sau halucinații mai mult de două săptămâni în absența unor serioase tulburări ale dispoziției (de exemplu, înainte ca tulburările dispoziției să se instaleze sau după ce acestea s-au remis).

E. Să nu se suprapună peste tulburarea schizofrenă, schizofreniformă, delirantă sau psihotică nespecificată.

F. Nu se poate stabili faptul că un factor organic inițiază și menține tulburarea.

Notă: tratamentul antidepresiv somatic (de exemplu, cu medicamente, electroșoc) care aparent precipită în unele cazuri tulburarea dispoziției nu trebuie considerat un factor etiologic organic.

În continuare, se prezintă un număr (un cod) suplimentar cu criteriile de severitate pentru tulburarea maniacală actuală, considerat valabil și pentru tulburarea bipolară sau mixtă și care conține următoarele eventualități: 1) ușoară; 2) moderată; 3) severă, fără aspecte psihotice; 4) cu aspecte psihotice. Cu aspecte psihotice congruente cu dispoziția; cu aspecte psihotice incongruente cu dispoziția = a) delirante halucinatorii; b) cu simptome catatonice și de stupor (desigur și pentru stările depresive); 5) în remisie parțială; 6) în remisie completă; 0) nespecificat. În afară de ultima poziție restul beneficiază de scurte caracterizări.

După cum se poate constata, criteriile operaționale de diagnostic conțin elemente de includere și excludere, sistematizează aspecte ale tulburării în clase – unele din acestea având mai mulți itemi dintre care un număr minim e necesar pentru a diagnostica pozitiv – și invocă criteriul intensitate, neomițind problema interferenței negative cu viața socială. Se menține, însă, o ambiguitate și nediferențiere între „sindrom” și „episod psihopatologic”. Iar distincția dintre acestea și „boală” este rareori făcută și nu e comentată explicit în DSM-III. Care, așa după cum se poate observa, este conceput atît din perspectiva tabloului psihopatologic

actual (1), cît și a terenului (2), ambele avînd o perspectivă istorică (anamnestică și biografică) (a) și una prognostică (b).

Principalele distincții de care trebuie să se țină seama sînt:

1. Distincția: *primar – secundar*
2. Distincția: *episod – boală*
3. Distincția: *episod (boală) – defect*
4. Distincția: *posibil – probabil – cert*
5. Distincția: *diagnostic unic – diagnostic multiplu*
6. Distincția: *categorial – dimensional*

Distincția primar – secundar. O tulburare psihică maladivă, în sens de episod, dar și de boală, se poate instala și evalua pregnant fără a fi precedată de alte stări de anormalitate sau boală ce ar putea fi identificate și etichetate printr-un diagnostic psihiatric (sau general medical). În aceste cazuri se poate vorbi de „tulburare primară” (de exemplu, „depresie primară”, „alcoolism primar”, „tulburare de personalitate dizarmonic-psihopată primară” etc.) În alte cazuri, perturbarea psihopatologică apare *după* ce au fost prezente alte suferințe (tulburări) evidente psihopatologice (sau somatice). În aceste cazuri vorbim de „tulburare secundară”. De exemplu, depresia secundară ce apare în cursul evoluției unei nevroze agorafobice, în cursul unei schizofrenii, a etilismului maladiv, a unei boli Parkinson, a unui cancer evolutiv; Sau, etilismul maladiv ce apare la un subiect care în prealabil a avut o boală afectivă periodică, o nevroză anxioasă, o schizofrenie, o dizarmonie psihopatică a personalității, o reacție la stress posttraumatic, o boală somatică cu algii intense etc.

Distincția primar-secundar în diagnosticarea unui tablou psihopatologic are importanță atît pentru medicul practician în vederea planului terapeutic, cît și pentru statistician ori pentru cercetător în vederea identificării „cazurilor pure” care pot face obiectul unor cercetări științifice.

Această distincție a fost discutată mult în ultimii ani mai ales în privința depresiei. Totuși ea a fost semnalată și cercetată de mai mult timp și în perspectiva alcoolismului maladiv și a tulburărilor de personalitate (dizarmonică, cu comportament dissocial) ce pot apare după suferințe organic-cerebrale (stări psihopatoide), după psihoze endogene și chiar după influențe psiho-sociale traumatizante prelungite. De altfel, aceste trei domenii sînt și cele mai greu de diferențiat. De exemplu, un alcoolism maladiv cu dependență poate apare la o persoană cu structură depresivă

sau care face repetate episoade subclinice de depresie. Dar și depresia poate apare secundar în cursul evoluției unui etilism malativ. Sau etilismul malativ apare frecvent la persoanele psihopate. Dar, chiar în cazul în care alcoolismul e primar, el poate modifica persoana în direcția unei dizarmonii cu comportament disocial.

Problema clinico-diagnostică pe care o indică raportul „primar-secundar” este una de secvență temporală. Ea trebuie să fie diferențiată, în măsura posibilului, de problema determinismului stărilor psihopatologice. Astfel, diverse tablouri clinice de intensitate și simptomatologie nevrotică sau psihotică pot fi expresia unei disfuncții organice-cerebrale care este, de la început, cauza directă a tulburării. Însă, această problemă nu intră în domeniul problematic care a fost comentat.

2. *Distincția episod – boală* a fost dezbătută în capitolul precedent.

3. *Distincția episod (boală) – defect* a fost deja comentată în capitolele anterioare.

4. *Distincția posibil – probabil – cert.* În principiu, există două situații de indecizie:

- Indecizia datorită faptului că nu s-au putut obține informații necesare suficiente;

- Indecizia ce rezultă din plurivalența tabloului clinic, a datelor de etio-patogenie (și altele), precum și de imposibilitatea predicției evolutive. În unele cazuri evoluția permite orientarea diagnosticului într-o anumită direcție. Alteori, chiar după mai multe episoade malative tipul de patologie rămâne greu de încadrat în formulele standard ale SNN.

În general, trebuie admis că diagnosticul de „boală psihică” se poate stabili doar evolutiv. Chiar și când acesta a putut fi formulat cu certitudine modelul său evolutiv nu poate fi, totdeauna, predicat cu siguranță. Orice caz rămâne „deschis” pentru posibilități evolutive variate.

5. *Distincția dintre diagnosticul unic și cel multiplu.* Privitor la prima axă (I) este important să se clarifice în ce măsură se poate constata prezența concomitentă a unor „entități sindromatice” distincte. Această problemă se corelează strâns cu cea privitoare la boala psihică primară ori secundară. Câtă vreme o boală primară nu are în momentul în care e diagnosticată concomitențe sau antecedente malative psihiatrice, cea secundară le are. În acest

fel, apare în discuție problema diagnosticului multiplu. Atunci când se diagnostichează (în prezent) concomitent două entități malade trebuie să se aibă în vedere independența lor nosologică de principiu. De exemplu, diagnosticul de „depresie majoră” are inclus în el inapetența, dar nu și bulimia. Dacă e prezentă și depresia și agorafobia trebuie, de asemenea, precizat dacă una e dominantă și dacă nu cumva unul din aceste macro-sindroame își subsumează (și își subordonează) pe celălalt. Consumul maladiv de alcool sau manifestări cum sînt cleptomania, piromaniam etc., pot fi concomitente cu un diagnostic clinic pe axa II sau pot deriva din acesta. Oricum, pentru precizarea diagnosticului pe axa I este necesar să se întocmească o listă de simptome cît mai completă și, separat, o grupare a acestei simptomatologii în „complexe sindromatico-clinice”. De asemenea, este necesar să se stabilească modul de apariție în timp a simptomatologiei, acest fapt fiind un important indicator asupra sindromului clinic principal. Căci aproape totdeauna cînd starea actuală poate fi definită prin mai multe tablouri clinico-sindromatice concomitente, unul dintre ele apare ca fiind dominant (așa este, de exemplu, în nevroze în care doar rareori se întîlnesc forme pure în cadrul combinațiilor posibile se pot menționa „nevroza anxioasă cu atacuri de panică”, „atacuri de panică cu agorafobie incipientă”, „tablou obsesiv-compulsiv depresiv”, „tablou conversiv cu tulburări de somatizare și depresie” etc.).

În ceea ce privește axa II evaluarea fondului de personalitate (=teren) trebuie, în mod logic, să facă parte din diagnosticul oricărei stări malade. În mod tradițional la acest nivel se diagnostichează oligofreniile și personalitățile dizarmonice (psihopate). Pentru fiecare din aceste entități sînt necesare precizări. De exemplu, pentru oligofrenie se precizează gradul, modificările comportamentale (abulic, eretic etc.). Pentru personalitățile dizarmonice se utilizează diverse tipologii. Doar rareori se poate preciza un tip pur. De obicei, este vorba de o combinație între tipuri, iar acest fapt se cere precizat, cu specificarea tipului dominant.

Tot pe axa II se fac unele precizări „neclinice”. De exemplu, privitor la inteligență se pot nota și situațiile în care aceasta este crescută, deosebită, cu anumite particularități etc. În privința structurii caracteriale se pot nota trăsăturile unor persoane particulare (accentuate) sau doar tipologia (în cazul unei

persoane considerate „în limite normale“). Alte aspecte ce caracterizează persoana premorbidă nu sînt, de obicei, notate la nivelul diagnosticului clinic, dar apar în comentariul interpretativ. Aşa ar fi nivelul de educaţie şi de instrucţie, talente şi disponibilităţi mentale specifice, abilităţi şi disabilităţi psihice, caracteristicile reţelei de suport social etc. Aceste date se corelează cu cele de pe axa V.

6. *Distincţia categorial-dimensional*. Diagnosticul psihiatric se bazează, pe de o parte, pe existenţa unor reale tulburări psihopatologice (subiective, expresive, comportamentale) la diverse persoane, iar, pe de altă parte, pe o conceptualizare a stărilor malade, pe existenţa în cadrul cunoştinţelor teoretice ale unei socio-culturi date a unui sistem nosologico-nosografic (SNN). Psihiatrul obţine informaţii despre pacient, le compară cu cunoştinţele de specialitate însuşite şi la care are acces şi, apoi, formulează un diagnostic.

Perspectiva de mai sus presupune ca tulburarea psihică a unei persoane să fie comparată cu un „construct teoretic“ care este boala înţeleasă ca şi „categorie nosologică“, avînd o anumită descriere, definiţie şi anumite raporturi cu celelalte categorii diagnostice ale SNN. Această practică, similară cu cea din întreaga medicină, este accesibilă clinicienilor şi este eficace. Ea are, însă, şi unele dezavantaje dintre care enumerăm: – nu permite nuanţarea diagnosticului mai ales în ceea ce priveşte tranziţiile dintre normal şi patologic, dintre diverse entităţi nosologice, combinaţiile dintre acestea etc.; – nu permite stabilirea unui profil detaliat şi individualizat al stării pacientului respectiv şi nici evaluarea amplitudinii diverselor tulburări ce există la un pacient dat.

De aceea, s-a propus şi un model *dimensional* în care se identifică unele dimensiuni (de exemplu, Q.I., nevroticismul, anxietatea, introversiunea, extroversiunea etc.), iar valorile acestora se notează pe coordonate carteziane. Astfel, se evită „etichetarea“ şi se obţine o imagine flexibilă şi nuanţată a dimensiunilor perturbate. Cu toate că prezintă unele avantaje diagnosticul dimensional nu l-a înlocuit pe cel categorial, ci îl poate eventual completa în unele cazuri.

S-a discutat în repetate rînduri privitor la dezavantajele şi deficienţele diagnosticării psihiatrice bazate pe categorii diagnostice: – ca simplă etichetă ea aduce puţine informaţii

privitoare la etiologie, simptomatologie, tratament și prognostic; – puțini bolnavi se încadrează „tipic” în descrierile bolilor făcute în tratate; – cazurile intermediare sau combinate sînt regula și cele tipice excepția; – multe diagnostice psihiatrice au o conotație peiorativă (ca histeria, schizofrenia, psihopatia), influențînd atitudinea populației față de pacient și a acestuia față de sine însuși într-un sens nefavorabil; – etichetarea creează falsa impresie de bună cunoaștere a bolilor și încurajează o atitudine naivă a practicianului față de ele etc. Argumentele expuse nu au determinat, însă, să se renunțe la menținerea în psihiatrie a categoriilor diagnostice și a unui SNN. Acesta este vital pentru psihiatrie, stînd la baza gîndirii medicale practice, a comunicării între specialiști, a studierii fenomenului psihopatologic în ansamblu (statistic) și a progresului cercetării în ceea ce privește diferite boli. Desigur, perspectiva categorială se cere nuanțată prin:

- Analiza în perspectiva dimensională a fiecărui caz pe baza unor liste cît mai complete de simptome (evaluată ca intensitate) și eventual (și complementar), prin utilizarea unor scale de evaluare (quantificate) reiterate periodic, astfel încît perspectiva „nomotetică” să fie cît mai nuanțată.

- Prin analiza și interpretarea suplimentară a unui caz dat și din perspectiva originalității și unicității existenței sale (deci și dintr-o perspectivă idiografică și psihopatologică).

- Pentru construcția unui SNN bazat pe categorii diagnostice sînt necesare anumite presupoziiții, cum ar fi:

- Există indivizi care au sindroame sau configurații de simptome distincte și semnificative clinic;

- Aceste sindroame sînt indezirabile deoarece sînt însoțite de stări subiective neplăcute și de deteriorarea funcționării sociale;

- Trebuie să existe metode de prevenire și tratare a acestor tulburări;

- Tulburarea nu e circumscrișă doar la relațiile individului cu societatea, ci interferează cu disfuncții biologice, psihologice și comportamentale;

- Sindroamele (perturbările) se asociază și cu alte variabile, cum ar fi frecvența familială, etiologie, evoluție, terapie;

- Dacă cauza e cunoscută sau presupusă este inclusă în definiția categoriei;

- Se poate organiza o ierarhie a entităților nosologice.

- Alte presupuziții care ar mai putea fi luate în considerare sînt:
- Existența unor anormalități biologice;
 - Fiecare entitate este „discretă”, adică individualizată, existînd o discontinuitate între ea și celelalte entități și între ea și normalitate;
 - Există o omogenitate a categoriei nosologice; ceea ce ar însemna că toți pacienții au același diagnostic în mod justificat iar aceeași patologie nu diferă mult la diverși pacienți.

În continuare, vom dezbate problema validității și credibilității categoriilor diagnostice psihiatrice. În legătură cu SNN în ansamblu și cu fiecare categorie nosologică în parte trebuie precizat gradul de „validitate” și de „credibilitate” („reliability”).

Validitatea reprezintă măsura în care întreaga clasificare sau fiecare diagnostic specific atinge scopul comunicării, controlului și comprehensiunii. Exigența comunicării se referă la faptul că dacă se dă denumirea unei boli și se ia în considerare definiția ei (tot ceea ce ea implică în cadrul unui SNN) există un mare acord între cei ce folosesc acest sistem. Controlul se referă la capacitatea de a preveni apariția și a influența cursul unei boli, iar comprehensiunea vizează înțelegerea cauzelor bolii în vederea controlului său. Există mai multe tipuri de validitate care sînt expuse în tabelul de mai jos (după Spitzer, 1985):

Schema 16

Scop al clasificării	Tip de validitate	Evidența cerută
- comunicare	de „aspect” („face”)	- consensul experților în ceea ce privește descrierea
- control	descriptivă	- o unică caracteristică „patognomonică” a aspectului;
- comprehensiune	predictivă	- studii catamnestic care indică omogenitatea cursului și complicațiile specifice, răspuns specific la tratament;
	construct	- patern familial: relație genetică cu altă boală, anormalitate biologică, relații cu variabilele ambientale sau demografice

Validitatea „aspectului“ („face“) depinde de măsura în care descrierea unei categorii particulare este nuanțată și completă, înfățișând trăsăturile caracteriale ale persoanelor ce suferă de această boală. Pentru a introduce într-un sistem o nouă categorie ea trebuie să fie bine descrisă și să existe un acord între clinicieni, încît cît mai mulți să o poată identifica.

Validitatea descriptivă exprimă măsura în care aspectul vizat este relevant categoriei și distinct de alte categorii. Adică, dacă există o trăsătură, un semn „patognomonic“ care să fie cît mai rar prezent în alte boli. Dacă acest criteriu al validității e redus înseamnă că pacientul are multe trăsături comune cu alte categorii.

Validitatea predictivă reprezintă aspectul central al acestei probleme. Ea se referă la măsura în care o entitate diagnostică o dată identificată descriptiv este aprofundată, încît să se poată anticipa evoluția, complicațiile și răspunsurile la terapie (de exemplu, bolnavii afectivi bipolari răspund la tratamentul cu litiu etc.). Stabilirea acestora cere studii detaliate longitudinale, catamnestic și prospective.

Validitatea „construct“ se referă la existența unor date semnificative care să permită formularea de teorii etiologice și explicative ale procesului psihopatologic respectiv. Deși acest tip de validitate nu este prezentă decît la un număr mic de afecțiuni psihice se depun eforturi meritorii pentru ca ea să fie stabilită pentru toate entitățile nosologice. Pe baza evidențelor pe care le furnizează validitatea unei categorii diagnostice clasificarea bolilor psihice se poate modifica în timp (de exemplu, introducerea tulburărilor afective monopolare).

Un alt aspect al validității se referă la procesul stabilirii diagnosticului (*validitatea procedurală*). În psihiatrie, nu putem să ne bazăm pe probe de laborator decît în foarte puține cazuri. Dar, o tehnică a diagnosticului a existat dintotdeauna și s-a nuanțat în ultima perioadă o dată cu folosirea interviurilor structurate și a criteriilor de diagnostic. Validitatea procedurală se referă la măsura în care o nouă metodă diagnostică este eficientă în identificarea unei entități nosologice. Pe lângă interviurile structurate și scalele de evaluare pot juca un rol important și probele psihologice (de exemplu, Rorschach la personalitățile marginale)

sau unele probe de laborator (de exemplu, latența REM, TSD și nivelul urinar al MMPG în depresia endogenă).

Validitatea întregii clasificări. Aceasta pretinde următoarele condiții:

- Fiecare din entitățile pe care le cuprinde să fie validă;
- Să aibă o bună acoperire, adică să cuprindă cât mai multe entități nosologice (practic, nici o clasificare nu le poate cuprinde pe toate, fiind omise mai ales formele ușoare de tulburări);
- Să fie accesibilă („feasability“), adică să poată fi ușor utilizată de practicieni.

Credibilitatea („reliability“) se referă la măsura în care cei ce folosesc un SNN pot fi de acord asupra unui diagnostic formulat separat, adică independent unul de altul. Se pot folosi mai multe metode cum ar fi: doi sau mai mulți psihiatri examinează separat același caz la scurte intervale de timp; un psihiatru examinează, iar ceilalți asistă (sau intervin cu unele întrebări); diagnosticul se formulează pe baza unui caz înregistrat (video-audio, descriere scrisă etc.). Diferențele între clinicieni în formularea diagnosticului constituie surse de „necredibilitate“ („unreability“). Ele pot fi generate de următoarele condiții:

- Felul în care se desfășoară procesul de diagnostic:
 - Variația informației dobândite (de la familie, de la pacient);
 - Variații în observare și interpretare (notare, memorare);
- Variații în înțelegerea și utilizarea criteriilor de diagnostic (de exemplu, dacă se ține sau nu seama de criteriul timp în schizofrenie);
- Variații în definirea termenilor tehnici pentru uzul clinic (de exemplu, ce se înțelege prin: „tulburări formale de gândire“, prin „vorbitură dezorganizată“);
- Variații ce țin de subiect, de starea lui de moment (psihopatologică), de împrejurările examinării, de felul său de colaborare (influențat de boală sau de o anumită intenție).
- Variații ce țin de diagnosticieni, de informarea, experiența și abilitatea lor de observare, dialogul și raționamentul diagnostic.

Unele cercetări mai vechi au arătat că nepotrivirile în diagnostic dintre diverși clinicieni țin în proporție de 1/3 de insuficiența sau variația informației, de interpretarea semnificației

simptomelor și 2/3 de ambiguitatea definițiilor și criteriilor de diagnostic utilizate. Se preconizează unele metode de a îmbunătăți „validitatea“:

- Utilizarea unor criterii de diagnostic și a unor definiții a simptomelor explicite și univoce, a unor „linii directoare“ ale diagnosticului;
- Folosirea unor interviuri structurate sau semistructurate, a unor surse de informație pe cât posibil identice și subordonate;
- Antrenarea psihiatrilor și referirea explicită la un SNN.

2. DIAGNOSTICUL PSIHIATRIC

FOAIA DE OBSERVAȚIE PSIHIATRICĂ

Diagnosticul se realizează în practica psihiatrică la fel ca în întreaga medicină de către o persoană calificată (psihiatru), care obține o serie de informații, le compară cu datele cunoscute (și, în primul rînd, cu SNN pe care se bazează în practica lui), gîndește, deliberează, ajunge la anumite concluzii și formulează – pentru sine și pentru alții – un diagnostic care susține proiectul său terapeutic și anunță comunității din care face parte existența unei anomalii maladeive. Procesul antropologic-intelectiv al diagnosticării nu este specific medicinei, avînd un rang de generalitate umană. Un subiect care se află în situația de a-și desfășura gîndirea în direcție diagnostică este orientat concomitent atît spre o identificare cît mai exactă (a cazului dat raportat la un sistem de referință), cît și spre o evaluare valorică (sau valorizantă) care poate propulsa și institui cazul dat în calitatea de „caz tipic exemplar”.

Concluzia procesului de diagnostic este fixată, de obicei, într-un cod, o etichetă, un comentariu pe axe, o descriere etc. Această concluzie nu are niciodată valoare în sine, ci este integrată într-un proces ulterior: fie în direcția sprijinirii terapiei (medicamentease, psihoterapice etc.); fie în direcția unei decizii de expertiză (medico-legală, a capacității de muncă, a capacităților de exercitare a diverselor roluri sociale etc.); fie în direcția evidențelor statistice care pot argumenta orientări de politică sanitară.

Atunci cînd desfășoară procesul intelectual de diagnosticare un medic psihiatru parcurge (uneori, inconștient) anumite etape:

- Stabilirea dacă cazul respectiv depășește sau nu limitele acceptabile ale „normalității”.
- Stabilirea dacă cazul respectiv se înscrie predominant în anormalitate, defect, episod maladiv sau boală.

- Stabilirea speței clinice de „anormalitate”, deci, a „patologiei” despre care e vorba în cazul dat cu toate implicațiile sale (de configurație a tabloului clinic, de etio-patogenie etc.).

- Stabilirea proiectului terapeutic.

- Stabilirea evaluativă a prognosticului și a strategiilor de management, pe termen scurt, mediu și lung (în funcție de resursele și factorii terapeutici ce pot fi mobilizați de echipa ce poate fi angajată, de coterapeuții ce pot participa la acțiune etc.).

- Stabilirea nivelului abilităților psiho-sociale (de randament, de relaționare, de a face față stresurilor, de a se regenera etc.) care preced starea maladivă sau care-i urmează, deci, diagnosticul handicapurilor ce pot conduce la disabilități.

- Stabilirea (cu valoare pentru „expertize”) a unor variate capacități.

Din integrarea acestor date rezultă concluzia că diagnosticul medical-psihiatric nu se referă la o etichetare abstractă, ci furnizează date care au un impact direct asupra existenței ulterioare a persoanei în cauză.

Pentru a se realiza un diagnostic pertinent din toate punctele de vedere menționate este necesar să existe un set de informații suficient despre persoana în cauză (= persoana de diagnosticat), iar aceste informații să fie ordonate în mod logic și semnificativ, astfel încât să poată fi utilizate cu ușurință pentru concluzia diagnostică. Modalitatea standard (centrală, nucleară) de ordonare a unor asemenea date o constituie „Foaia de observație” psihiatrică.

În ultimele decenii s-au făcut multe eforturi în direcția încercării de standardizare a unui astfel de document (cele mai importante fiind cele europene, sintetizate în sistemul AMDP). A se vedea anexa 4, p 405.

Foaia de observație psihiatrică (F.O.) urmează să posede următoarele capitole:

- I. Date pașaportale și calificarea examinatorului;
- II. Date privitoare la împrejurările internării;
- III. Antecedente heredo-colaterale;
- IV. Date privitoare la familia de origine;

V. Antecedente erotico-afective și privitoare la familia pacientului;

VI. Antecedente instructiv-educative pînă la 15 ani;

VII. Antecedente privitoare la formarea profesională și exercitarea profesiei;

VIII. Evenimente de viață importante;

IX. Structura persoanei premorbide;

X. Date privitoare la dezvoltarea biologică normală;

XI. Date de patobiografie somatică;

XII. Antecedente patologice psihiatrice;

XIII. Date privitoare la boala actuală;

XIV. Starea actuală psihopatologică;

XV. Starea somatică actuală;

XVI. Diagnosticul (elaborarea, formularea și fundamentarea acestuia);

XVII. Plan terapeutic;

XVIII. Evaluare prognostică;

XIV. Evoluție;

XX. Epicriză.

Structura F.O. astfel formulată cuprinde datele sistemului AMDP într-o ordine puțin modificată și cu unele completări:

Date pașaportale:

– Nume, vîrstă, sex, stare civilă, profesie, adresă, acte de identitate, numărul zilelor de concediu medical la internare, dacă este conducător auto, dacă este gravidă (pentru femei) etc.

– Bunuri și documente depuse pentru păstrare cu ocazia internării; Date privitoare la persoana care întocmește foaia.

Privitor la toate aceste domenii este necesar să se obțină informații din variate surse. Și, de asemenea, pot fi prezentate clinicianului investigator schemaghid cu date minime sau ample care se cer înregistrate și prezentate într-o anumită ordine. Pentru unele paragrafe, cum ar fi de exemplu: „Date privitoare la împrejurările internării” (III), enumerarea și standardizarea este simplă. Pentru altele, cum ar fi de exemplu: „Structura persoanei premorbide” (IX) atît obținerea unor date semnificative, cît și interpretarea și prezentarea lor standardizată, este mai dificilă. În alte paragrafe, cum ar fi antecedentele heredo-colaterale (III), se poate opta pentru o schemă simplă (de exemplu, identificarea unor boli psihice precise în arborele genealogic). Sau pentru o

schemă mai complexă (utilă pentru cercetare) în cadrul căreia este necesară identificarea și a patologiei de „spectru genetic” (inclusiv a persoanelor cu anumite particularități caracteriale). Pentru unele paragrafe, cum ar fi „Evenimente de viață importante” (VIII), se cere o metodologie specială care să permită atât identificarea tipului de eveniment (dintr-o listă), cât și perioada de viață cînd acesta s-a produs (de exemplu, după schema unei matrici, așa cum se procedează în AMDP).

Un paragraf deosebit de important, chiar esențial, este cel privitor la „starea psihopatologică actuală” (XVI). Acesta se referă, desigur, la episodul maladiv actual. În cazul în care au existat episoade malade precedente celui actual ele trebuie identificate și reconstituite în ceea ce privește durata lor, modul și împrejurările de debut, simptomatologia (și evoluția lor), eventuala internare, terapia, remisiunea, posibilul defect, intervalul între două episoade, colaborarea cu serviciile terapeutice în acest interval etc. (O schemă destul de detaliată pentru o astfel de înregistrare se găsește în documentul PHSD elaborat de OMS). Este posibil ca toate episoadele psihopatologice anterioare să fie de același tip cu cel prezent sau din aceeași clasă nosologică (de exemplu, depresive sau depresive și maniacale). Alteori clasa nosologică a episoadelor anterioare e aceeași, dar intensitatea diferă (de exemplu, depresie de intensitate nevrotică sau tulburare ciclotimă). Sînt posibile și cazuri în care în antecedente sînt prezente episoade diferite și din alte clase nosologice decît cel actual. Acest fapt se evidențiază mai ales dacă se face inventarul tuturor episoadelor și tulburărilor psihopatologice din cursul biografiei, incluzînd și tulburările tranzitorii și tulburările specifice de dezvoltare din copilărie. Un astfel de inventar este totdeauna util, mai ales dacă se corelează cu particularitățile tipologico-caracteriale ale persoanei, cu evenimentele importante ale biografiei și cu caracteristicile nișei ecologice umane în care persoana a trăit la diverse vârste.

Luînd în considerare situația în care episodul analizat este primul, principală problemă a diagnosticianului o constituie stabilirea cu cît mai multă acuratețe a stării psihopatologice actuale. Desigur, „actual” se referă la o anumită perioadă de timp (ultimele zile, săptămîni, ultima lună; fapt ce trebuie totdeauna precizat). Punctul de plecare al acestei evaluări îl reprezintă constatările examinatorului (psihiatrului) în cadrul unui contact

nemijlocit, actual, cu pacientul. Sistematizarea informațiilor obținute cu această ocazie ar putea fi prezentată conform următoarei scheme:

1. Aspectul, prezentarea, expresivitate mimico-gestuală și fizionomică a pacientului. Aceste date semiologice sînt observabile înainte de încercarea de conversație (și în timpul acesteia). Se pot reține indicii semiologici pe care-i grupează constituția bio-tipologică: vestimentația, podoabele, îngrijirea corporală (părul, fața, tegumentele), aspectul mimico-gestual). Acestea oferă informații asupra stării afective de moment (emoționale, de tipul spaimii, furiei, disperării, bucuriei etc.), asupra dispoziției afective de durată (depresie, iritare, indiferență, euforie etc.), asupra structurării cîmpului de conștiință și a modului de raportare actual la ambianță (investigație neliniștită, concentrare pe o problemă, detașare, dezorientare, neînțelegere, perplexitate, absența confuzivă etc.). Pe calea observației pot rezulta date care indică existența unei stări de neliniște psihomotorie, de agitație, de stupor (cataton, melancolic, confuziv) etc. La fel, observațional, pot fi sesizate, descifrate și notate date de serie fiziognomică, adică indici care sugerează (după expresivitatea corporal-facială) inteligența, diverse particularități sau caracteristici tipologico-morale (răutate, viclenie, ipocrizie, naivitate, bunătate, aroganță etc.).

Datele menționate pot fi notate la începutul paragrafului privitor la „examenul psihopatologic al stării actuale”, acordîndu-se o extindere variabilă diverselor subpuncte. Ele vor constitui un punct de sprijin pentru diverse alte „simptome”. O parte din datele de observație din timpul examinării pot fi notate și în cadrul unor sisteme standardizate de inventarierea semiologică. Astfel, în PSE se menționează: – comportarea în timpul convorbirii (autonegligența în aspectul corporal), apariția bizară, lentă în mișcări (mers, subactivitatea), agitație (în sens de neastîmpăr, neliniște), excitația grosieră și violentă, comportament ireverențios, distractibilitate, comportament neadecvat social, manifestări și atitudini posturale, mișcări stereotipe, comportament sugerînd prezența halucinațiilor, mișcări catatonice, expresia afectivă în timpul interviului, depresia observată în

expresie, histrionism, dispoziție hipomaniacală, iritabilitate ostilă, suspiciune, perplexitate, dispoziție labilă, tocirea afectivă exprimată, inadecvare afectivă, vorbirea în timpul interviului, neologisme (cuvinte sau fraze folosite în sens strict personal), tulburarea conținutului vorbirii, incoerența ei, sărăcia conținutului dialogului, răspunsuri înșelătoare.

O mențiune aparte merită datele „fiziognomonice”. Acestea, împreună cu datele observării bio-tipologice, participă la susținerea unui „diagnostic al fondului de personalitate”. Datele fiziognomonice pot fi obținute printr-o observare și „contemplare” mai îndelungată a pacientului (de exemplu, cea pe care o realizează pictorul contemplând figura cuiva pentru realizarea unui portret). Merită, de asemenea, semnalată interpretarea specială pe care o dă Jaspers „fizionomici” în ultimele ediții ale tratatului său de psihopatologie și care se referă la „stilul în care e organizată ambianța habitatului persoanei”. Desigur că datele privitoare la fizionomie, în sens restrâns sau lărgit, nu pot fi obținute și sintetizate rapid, cu ocazia unei scurte întâlniri cu pacientul în spital.

Datele privitoare la aspect și prezentare pot fi consemnate în foaia de observație în modalități standardizate sau nestandardizate, fiind utilizate pentru susținerea celorlalte paragrafe semiologice.

2. Contactul psihic, expresivitatea verbală spontană și provocată. Felul în care subiectul se exprimă spontan și solicitat în raport cu alte persoane reprezintă un important indice semiologic. Se pot menționa următoarele eventualități: – adresața spontană a pacientului, greu de ordonat și dirijat; – adresața spontană ce se transformă în dialog; – deschidere spre comunicare variată și bogată; – răspuns reținut și scurt (telegrafic) sau neadecvat („vag”) la întrebări; – răspuns „alături”; – răspuns adecvat, însă, doar la întrebări repetate și insistente; – lipsa răspunsului (mutism) cu impresia că pacientul dorește comunicarea, dar nu o poate realiza; – lipsa de răspuns la solicitări cu ignorarea interlocutorului și a ambianței.

Un alt aspect îl constituie caracteristicile formale ale vorbirii care, de obicei, sînt sinergice cu cele ale expresivității și comportamentului. La acest nivel se poate nota: – ritmul vorbirii; –

intensitatea vorbirii (ca ton); – modularea (nuanțarea) vorbirii în funcție de conținut; – bogăția comunicativă a vorbirii (vorbire concisă, telegrafică, vagă, manieristă); – corectitudinea gramaticală și logica a vorbirii.

3. Orientarea, nivelul și structura câmpului de cunoștință. La acest nivel e necesar să se stabilească în ce măsură subiectul este orientat în spațiu, timp, în raport cu situația, cu alte persoane și cu sine. Funcționarea memoriei este fundamentală pentru această orientare, dar joacă un rol important și capacitatea de „aprehensiune” și înțelegere.

4. Date semiologice privitoare la funcțiile de cunoaștere: atenție, percepție, memorie, imaginare, gândire, flux ideativ, nivel de înțelegere.

5. Date semiologice privitoare la funcțiile conative: instinctive (energetice, oral-alimentare, sexuale, de agresivitate, ciclul somn-veghe, funcțiile vegetative), afective (emotivitate, dispoziție afectivă, afectivitate tranzitivă), aspirație socială, sociabilitate, aspirație valorică.

6. Date semiologice privitor la funcțiile volitive: motivație, deliberare, decizie și persistența în acțiune, capacitatea realizatorie etc.

7. Date privitoare la conștiința de sine: receptare a propriei corporalități, identități, poziții în lume, a convingerilor proprii, a înțelegerii stării actuale (de boală etc.).

Datele astfel structurate pot cuprinde variate simptome care trebuie, apoi, regrupate. Pentru aceasta sînt utile sistemele standardizate (AMDP, PSE etc.), astfel încît să se poată însira „liste de simptome” (dintre cele definite în sistemele respective, precum și altele care nu sînt explicit definite în aceste sisteme). Întocmirea unei „liste de simptome” este fundamentală și obligatorie pentru o F.O. psihiatrică. Ea permite configurarea unor sindroame și stabilirea unor argumente pentru diagnostic. De asemenea, dacă o astfel de listă este repetată la intervale regulate se poate stabili ordinea apariției unor noi simptome și a dispariției altora sub tratament.

OBȚINEREA DATELOR NECESARE DIAGNOSTICULUI PSIHIATRIC

Așa cum a rezultat din comentarea F.O. psihiatrice, pentru formularea unui diagnostic este necesar să se culegă o serie de date despre o anumită persoană. Doar astfel se pot identifica simptomele și restul datelor care dezvăluie prezența bolii.

În raport cu medicina generală în domeniul psihiatriei crește foarte mult rolul simptomelor „subiective” și a celor „comportamentale”. Modificările anormale ale „trăirilor afective”, ale „stărilor de conștiință”, ale percepțiilor și convingerilor, precum și ale comportamentelor consecutive acestora, constituie „baza de date” pentru semiologia psihiatrică. De aceea, conceptul de simptom din medicina generală se modifică parțial în psihiatrie (Tatossian). El își păstrează sensul de indiciu, dar capătă, deseori, și valoare de simbol. În plus, în semiologia psihiatrică este mult implicat limbajul. Majoritatea simptomelor psihiatrice ale unei stări psihopatologice actuale constau din trăiri subiective, conștiente, anormale, relatate prin limbaj. Însuși felul în care se structurează selectarea, textul vorbit al pacientului, poate constitui un simptom psihopatologic. Vom putea nota următoarele modalități de abordare ale simptomatologiei (a „fondului de date” cu valoare semiologică) în cadrul psihiatriei:

- Relatarea pacientului spontană, dar mai ales orientată prin chestionare, ca răspuns la întrebări.
- Observarea pacientului în situație, în manifestările sale expresive, lingvistice, comportamentale.
- Manifestări expresive durabile sau persistente ale persoanei sub forma scrisorilor, mărturisirilor scrise, a „operelor” create etc.
- Informații obținute de la terțe persoane care cunosc pacientul, au conversat cu el, l-au observat un timp mai scurt sau mai îndelungat etc. Aceste relatări pot fi spontane sau pot rezulta dintr-o investigație ținută, din chestionări, anchete etc.
- Relatările examinării psihologice realizate în anumite condiții standard. Există tranziții între aceste examinări psiho-

logice și investigarea notată la punctul 1 (interviu structurat) și cea de la punctul următor.

- Observarea pacientului în împrejurări standard (de exemplu, în cadrul activităților de socioterapie, a activităților profesionale etc.).

- Informațiile care rezultă din observarea și analizarea pacientului în cadrul unei cure psihoterapeutice.

O problemă importantă care se cere precizată ori de câte ori se obțin date despre pacient este cea a incidenței existenței sale la care abordarea se referă. De obicei, se diferențiază între: a) starea actuală (avînd și o durată anume, de exemplu, o zi, o săptămînă, o lună); b) comportamentul perturbat care se referă, de regulă, la o perioadă mai îndelungată (luni, ani); c) fondul structural-caracterial (manifestat prin „trăsături de caracter” persistente în timp, de-a lungul anilor).

1. *Interviul.* Principala sursă de date pentru identificarea stării malade, a simptomelor psihopatologice și a unei boli psihice date, o constituie *interviul*. Situația interviului psihiatric este cea a unei relații interpersonale asimetrice. Psihiatrul caută printr-o investigare orientată să afle o serie de date despre trăirile subiective și despre problemele vieții pacientului, iar acesta ajunge să relateze, să „mărturisească”, să „destăinuie” aspecte ale vieții sale ori trăiri deosebite care, în mod spontan, nu le comunică. De aceea, o bună investigație prin interviu se realizează în condițiile unei atmosfere psihologice speciale, de încredere, pe care psihiatrul trebuie să știe să o inducă. În al doilea rînd, în cadrul interviului clinicianul dorește să obțină anumite informații precise, să identifice anumite simptome (sau trăsături de caracter), astfel încît el întreabă după un anumit plan, orientat de o schemă pe care vrea să o completeze (de exemplu, schema foii de observație), de o listă de simptome a căror prezență sau absență vrea să o identifice. Acest fapt face ca el să pună anumite întrebări, deseori, într-o anumită ordine. Orice interviu (orice chestionare semiologică) este astfel mai mult sau mai puțin structurat, investigatorul căutînd în mod deliberat să afle ceva precis. Această „structurare” a interviului poate fi mai rigidă sau mai laxă. În primul caz, psihiatrul pune anumite întrebări precise (totdeauna în aceeași formulare) la care, de obicei, pacientul răspunde prin da sau nu, furnizînd în plus și detalii sau exemple. Întrebările sînt puse într-o ordine precisă, totdeauna, aceeași. Un exemplu clasic

de interviu structurat este PSE (Present State Examination, elaborat de Wing, Cooper și Sartorius). Ultima ediție a acestuia, a 10-a, stă la baza celui mai complex interviu structurat denumit prescurtat SCAN. Se poate menționa și RDC – Spitzer – Endicott și, mai recent, interviul DIS (Diagnostic Interview Schedule – Robins și coll., 1981) destinat să furnizeze o bază de date pentru numeroase diagnostice din DSM-III, insistând și asupra istoriei vieții (DIS comportă un protocol de întrebări detaliate la care se răspunde prin *da* și *nu*, lăsând la o parte, în mare măsură, experiența clinică a examinatorului).

Într-un al doilea caz formularea întrebării nu este, totdeauna, aceeași. În plus, întrebările sînt mai „deschise”, permițînd răspunsuri mai ample. Pacientul este stimulat să se exprime cît mai „spontan” și „liber”, iar ordinea întrebărilor poate și ea să nu urmeze o succesiune fixă. Și în aceste cazuri, însă, ansamblul problemelor de investigat trebuie parcurs.

Un tip intermediar de investigare prin chestionare este acela în care sînt fixate problemele asupra cărora trebuie obținute informații, precum și „lista de simptome” a căror prezență trebuie căutată (împreună cu definiția acestora). Aceste date trebuie lămurite într-o ordine fixă, fie că sînt prezente sau nu, dar nu se oferă indicații restrictive privind felul de întrebare care trebuie pusă. Acest sistem este folosit în AMDP.

Vom indica eventualitățile care pot fi întîlnite în cadrul interviului. Datele care pot fi obținute în cadrul unui dialog direct cu pacientul se distribuie între două extreme. La un capăt, pacientul vorbește mult, spontan, neîntrebat (ca în logoreea maniacală sau în unele cazuri de schizofrenie), intervențiile examinatorului neputînd modifica decît parțial ritmul și sensul discursului. La celălalt capăt, asistăm la mutism: pacientul nu vorbește deloc chiar dacă este întrebat ținînd și insistent. Între aceste două extreme se desfășoară dialogul susținut între medicul examinator și pacient. Acest dialog poate avea, din perspectiva medicului examinator, diverse grade de direcționare. Astfel se poate diferenția (după Rutter, 1982):

- Stilul în care examinatorul se lasă ghidat de orientarea relatării făcută de pacient, urmărindu-și flexibil planul de obținere al informațiilor.

- Stilul în care el pune întrebări, dar care sînt mai mult stimulative pentru exprimarea și „descărcarea” subiectului, fără a

fi întrebări ținute la care să se răspundă prin da sau nu. Se vorbește în acest caz de „stil dialogal de stimulare psihoterapeutică” (este stimulată mărturisirea pacientului, inclusiv „descărcarea” lui afectivă și mimică). Investigatorul stimulează răspunsul pacientului prin aprobări, printr-o atitudine de ascultare interesată, binevoitoare și participativă.

– Stilul în care se realizează un interviu structurat prin întrebări precise, adresate într-o anumită ordine.

– Stilul unei explorări sistematice, în care întrebările sînt extrem de ținute și rigide, pacientului fiindu-i interzis orice comentariu în plus în afara răspunsului prin *da* sau *nu*.

În ceea ce privește modul de formulare al întrebării el poate fi „închis”, în sensul că pacientul poate răspunde doar prin da sau nu; relativ „închis” în care sînt posibile cîteva variante de răspuns, dar simple și precise; sau poate fi „deschis”, în sensul că pacientul poate răspunde printr-un comentariu descriptiv mai larg. *Modelul optim al interviului pare a fi acela care să poată oscila „flexibil” între întrebări „închise” ținute și întrebări „deschise” care lasă cîmp liber pacientului pentru a relata și a se manifesta.*

„Interviurile structurate” care s-au impus în anii 1970 s-au axat mai ales pe întrebări „închise”, dar care permit multe variante și obligă examinatorul să observe manifestări expresive ale pacientului din timpul întrebărilor și răspunsurilor. Caracteristicile bazale ale interviurilor structurate constau din definirea prealabilă clară a simptomelor care sînt investigate prin întrebări și din ordinea rigidă a punerii acestora. Pe de o parte, toate „interviurile structurate” existente au o valoare limitată deoarece nu pot cuprinde întreaga arie a simptomatologiei psihopatologice, iar datorită rigidității în ordinea întrebărilor se pierde o parte din spontaneitatea informației pe care pacientul ar putea-o furniza. Pe de altă parte, interviul structurat, care obligă examinatorul să pună o suită de întrebări într-o ordine fixă evită omiterea unor simptome care altfel ar putea fi „uitate” sau căroră ar putea să nu li se acorde importanța cuvenită. În toate aceste cazuri se aplică principiul că, de cele mai multe ori, dacă cineva (un pacient) nu este întreat privitor la un simptom el poate să nu relateze, în mod spontan, respectiva trăire psihopatologică. De aceea, chiar dacă nu se utilizează un „interviu structurat” examinatorul trebuie să dețină o evidență clară a simptomelor asupra căroră s-a interesat prin

interviul său, precum și asupra celor pe care nu le-a înregistrat și investigat prin întrebările sale.

În cadrul „diagnosticului de simptom” se evaluează și *intensitatea* lui pe baza informațiilor verbale și a datelor de observare directă.

În continuare, vom prezenta un exemplu din interviul structurat PSE, care se referă la „îngrijorare”. Simptomul este expresiv, în sensul că dacă ceva nu te interesează și nu întrebi în direcția respectivă nu afli nimic despre el (Wing remarca că în literatura germană și franceză acest simptom lipsește).

Îngrijorarea. Acesta este posibil cel mai ubicuitar simptom psihiatric și nu are o semnificație diagnostică precisă. Indiferent de conținut, următoarele trei caracteristici trebuie să fie prezente, altfel simptomul fiind evaluat ca absent:

- (I) un gând dureros, neplăcut, neconfortabil;
- (II) ce nu poate fi oprit voluntar;
- (III) și care este disproporționat față de motivul care l-a declanșat.

Întrebări:

- V-ați îngrijorat mult în timpul lunii trecute? Din ce cauză?
- Cercetați cauza: bani, cămin, copii, sănătate, slujbă, căsătorie, rude, prieteni, vecini, altele.
- Cât de tare v-ați îngrijorat? Sînteți de felul Dvs. un prăpăstios?
- Dacă există vreo indicație privind îngrijorările, utilizați întrebările care urmează:
- Ce se întîmplă cînd sînteți îngrijorat?
- În ce stare intră atunci mintea Dvs.?
- Apar gânduri neplăcute care se rotesc mereu și mereu în mintea Dvs.? Le puteți opri îndreptîndu-vă atenția spre altceva?

COTAȚI ÎNGRIJORAREA: Un noian de gânduri dureroase care nu pot fi oprite, sînt disproporționale cu motivele îngrijorării subiectului.

1 = Simptomul este, în mod diferit, prezent în timpul lunii trecute, dar cu intensitate clinică moderată sau intensă mai puțin de 50 % din timp.

2 = Simptomul este intens clinic mai mult de 50% din timp.

Din exemplul de mai sus este de reținut că examinatorul trebuie să aibă în minte o definiție a simptomului pe care îl caută,

să facă o sinteză între răspunsul primit și datele de observație și să încerce să evalueze intensitatea simptomului.

Psihiatrul poate avea (și e necesar să aibă) întrevederi, interviuri și ocazii de comunicare repetate cu pacientul; toate putînd furniza date pentru completarea unui „examen psihiatric standard” sau a unei „foi de observație standard”. În cadrul acestei succesiuni de contacte este necesar să se degajeze una sau cîteva „situații de comunicare” centrale care să fie invocate în completarea F.O. psihiatrice standard.

2) Observarea pacientului în situația examinării, în manifestările sale expresive, lingvistice și comportamentale, joacă un rol complementar în orice interviu mai mult sau mai puțin structurat. Aspectul „subiectiv-resimțit” și cel „obiectiv-constatat” al unui simptom poate fi, deseori, diferențiat. De exemplu, se poate diferenția între „presiunea interioară de a vorbi mult” și „logoreea efectivă”, adică faptul că pacientul realmente vorbește mult (sau, simetric, între faptul în inhibiției subiective de a vorbi și faptul expresiv constatabil că un subiect vorbește puțin, lent, încet sau deloc). De asemenea, se poate diferenția între anxietatea resimțită subiectiv (uneori, avînd intensitatea sentimentului morții iminente), manifestarea expresivă, mimico-comportamentală, a omului anxios și tulburările neuro-vegetative concomitente. În variate sisteme de investigare și observare nosologică cele două aspecte pot fi precizate separat (de exemplu, în PSE) sau evocate fără o astfel de precizare (de exemplu, în AMDP unde se specifică faptul că examinatorul trebuie să țină seama *de toate informațiile* ce rezultă din răspunsul la întrebări și din observarea subiectului pentru a identifica eticheta și evalua cantitativ un simptom). Observarea pacientului se conjugă cu relatările sale pentru a defini „starea actuală” în care se află.

3) În completarea F.O. psihiatrice medicul poate și trebuie să țină seama de toate informațiile semnificative care rezultă din „mărturisirile” și „exprimările obiectivate” ale pacientului indiferent de gradul acestora de intenționalitate și valoare. Pot fi utile scrisorile pacientului, reclamațiile pe care le face, picturile pe care le produce etc. De altfel, există o continuitate între expresivitatea mimico-gestuală, vestimentară, cea legată de ordonarea ambianței în care locuiește, cea fiziognomonică și cea a „produselor” sale (Jaspers). Toate acestea pot interesa atît sub aspectul formal, cît și

sub cel al conținutului. Poate fi interesant și util și studiul grafologic.

4) Informațiile obținute de la terțe persoane sînt obligatorii în structurarea datelor informative privitoare la un caz psihiatric. Aceste date se vor referi în egală măsură la istoria biografică în ansamblu, cît și la istoria recentă a stării maladive actuale.

Informațiile de la terțe persoane trebuie să fie cît mai ample: Ele se structurează, de obicei, în raport cu contextele proximale de existență socială ale subiectului. Astfel, se vor reține informațiile care provin de la familia pacientului (de origine sau proprie cu precizarea relației de rudenie și a raportului afectiv al celui ce informează față de persoana despre care se vorbește). Apoi, pot fi reținute informațiile de la prieteni, de la colegi (de studiu, de serviciu), provenite de la organele de ordine publică, de la instituțiile în care subiectul este încadrat prin exercitarea profesiei etc. Desigur, informațiile provenite de la orice persoană care cunoaște subiectul respectiv sînt importante pentru „fondul de date” necesare. Însă, este necesar și util ca aceste informații să fie filtrate și sintetizate adecvat.

5) Rezultatele examinărilor psihologice sînt importante pentru clasificarea unor probleme pe care clinicianul și le pune. Rostul acestor examinări este ca realmente clinicianul investigator să caute o soluție diagnostică prin cît mai variate mijloace. Examenul psihologico-psihiatric pot oferi informații, mai mult sau mai puțin cantificate privitor la: – diverse funcții de cunoaștere (atenție, percepție, memorie, imaginație) și la nivelul de ansamblu a dezvoltării inteligenței (prin stabilirea unui „coeficient intelectual” (Q.I.); – particularități tipologico-caracteriale ale personalității și unele aspecte importante ale dinamicii acestora cum ar fi impulsivitatea, agresivitatea, tendințele explozive, sociabilitatea, particularitățile raportării și integrării sociale, respondența la frustrare, încrederea și stima de sine, tendințe suicidare etc. Datele menționate pot fi elucidate parțial, în cadrul examenului psihologic și din perspectiva motivațională, inclusiv a motivației profunde, preconștiente și inconștiente, a „complexelor” psiho-abisale. Din altă perspectivă, examenul psihologic poate furniza indici în direcția diverselor sindroame ori suferințe psihopatologice cum ar fi: indici de „organicitate”, de psihoză, de nevroză, de dependență (alcoolică) etc. Examenul psihologic nu

poate oferi soluții ferme pentru nici un diagnostic psihiatric (clinic) real. El poate aduce, însă, argumente care să fie utile clinicianului în gândirea lui diagnostică și terapeutică, înclinând balanța mai mult într-o direcție sau în alta.

6) Observarea pacientului în împrejurări standard de manifestare poate furniza informații privitoare la confirmarea unui diagnostic prezumtiv (de exemplu, de depresie) sau la evoluția lui sub influența unei terapii. Sînt utile informațiile pe care le pot oferi personalul medical psihiatric mediu și ajutător despre comportarea zilnică a pacienților în secție.

7) Informațiile care rezultă dintr-o cură psihoterapeutică joacă un rol important nu atît în „diagnosticul standard” al unui caz, cît în interpretarea și înțelegerea lui. Aceste date fac parte din „fondul de date” util interpretării semnificative a unui caz dat.

În continuare, vom prezenta scurte comentarii menite să completeze ideile expuse:

Informațiile obținute de la personalul medical ajutător sînt importante mai ales cînd pacientul este internat. Asistentul medical și infirmiera petrece mult mai mult timp alături de pacient decît psihiatrul sau psihologul. Acest personal poate observa comportamentul pacientului și în afara vizitelor sau contactelor „oficiale” medico-psihologice, adică manifestările bolnavului în cursul nopții, dimineții, după-amiezii, serii, felul în care el se raportează la alți pacienți, la vizitatori, la familie, precum și modul în care familia se raportează la pacient în timpul vizitelor. Datorită contactului mai strîns cu viața corporal intimă a pacientului (în cursul tratamentelor, meselor, curățeniei) și a unei distanțe psihologice mai reduse personalul mediu și auxiliar poate înregistra comportamente mai spontane, mai intime ale bolnavului, precum și unele mărturisiri. De aceea, implicarea lui în diagnostic, în urmărirea evoluției și terapiei, este foarte utilă.

S-au elaborat mai multe scale „observaționale” pe care asistentul medical le poate completa zilnic sau la intervale regulate. În funcție de necesități, psihiatrul poate elabora variate scale țintite observaționale și chestionare simple care pot fi aplicate la acest nivel. După cum personalul mediu poate fi instruit să aplice și o parte din scalele de evaluare clasică care nu sînt prea complicate.

În același sens pot fi utile datele furnizate de diverși co-terapeuți (de exemplu, socioterapeutul, ergoterapeutul, kineto-

terapeutul) privitor la manifestarea pacientului în diverse contexte, care poate diferi mult de comportamentul lui în salonul de spital. Acestea privesc mai puțin eticheta diagnostică, cât diagnosticul de profunzime, care se referă la conflictele, preocupările, stilul de manifestare caracterial al pacientului, felul în care el se raportează interpersonal și față de grup, modul în care „testează realitatea” etc.

În cazul internărilor prelungite, mai ales în cadrul spitalelor izolate de psihiatrie, se pot constitui microgrupuri relativ constante de pacienți. De asemenea, relațiile cu personalul ajutător devin mai strânse, pacientul și cei ce-l îngrijesc realizând un fel de comunitate. Mergînd la serviciu, asistenta sau infirmierul înțîlnește zilnic nu doar restul personalului (cu variate funcții și poziții sociale), ci și un alt grup de oameni mai mult sau mai puțin stabil, respectiv grupul pacienților care face parte din universul lor curent.

Pe de o parte, cei care sînt internați într-un spital de psihiatrie (pentru perioade scurte, medii sau prelungite) sînt oameni care pe lîngă tulburările psihopatologice continuă să aibă nu doar „valențe sănătoase”, ci o dimensiune globală omenească care trebuie mereu stimulată în sens sanogenetic. Iar, pe de altă parte, orice om are valențe psihice aberante care, în mod firesc, și le controlează, le „ține în frîu”, le integrează în ansamblul persoanei. E important ca în sînul comunității unui spital valențele maladive ale celor normali să nu se decenzureze, iar efortul sanogenetic al întregului personal să fie continuu.

În psihiatrie, o importanță deosebită în formularea diagnosticului (dar mai ales în evaluarea prognostică a diverselor capacități și în soluționarea practică a cazului) îl joacă informațiile obținute de la terțe persoane care nu se prezintă spontan pentru a le furniza. Acestea sînt obținute de un „lucrător social” care se deplasează la solicitarea expresă și țintită a medicului și în cunoștință de cauză pentru tot ansamblul de probleme medico-sociale pe care pacientul le ridică:

a) Obținerea de informații privind identitatea și situația civilă a pacientului; unde locuiește; unde lucrează; dacă e căsătorit; dacă are rude; dacă are suport social, dacă este sub tutelă sau curatelă; dacă este implicat în litigii sau anchete juridice și are

nevoie de asistență socio-juridică; dacă este încadrat în câmpul muncii și dacă are surse de venit personale suficiente etc. Ansamblul acestor informații pot fi obținute pe cale oficială, prin corespondență, telefonic, prin deplasări în teren, prin contactarea diverselor persoane oficiale etc.

b) Situația socio-profesională a pacientului. Aceasta se poate prezenta cu totul altfel decât o prezintă pacientul, unul din aparținători sau o cunoștință. Este important să se cunoască încadrarea socio-profesională, sarcinile profesionale și felul în care subiectul trebuie să le îndeplinească, randamentul profesional, relațiile cu colegii, comportamentul la locul de muncă, atitudinea colegilor și a oficialităților în raport cu pacientul, precum și șansele lui de reinserție socio-profesională, după reîntoarcerea din spital etc. Aceste date pot fi obținute prin deplasarea la locul de muncă și discuția directă cu persoane aflate în diverse raporturi colegiale și ierarhice cu pacientul. Este util să se obțină o imagine ergonomică și ecologică cât mai complexă a locului de muncă, a atitudinii persoanelor de orice fel față de pacient, a disponibilităților de comprehensiune și suport ori a atitudinilor de intoleranță, rejecție etc.

c) Situația familială și vecinală. Aceasta poate fi diferită de cea pe care o prezintă pacientul sau ruda „activă” (care se interesează de pacient). Pot exista relații interfamiliale tensionate, nemărturisite, situații de coaliție și interes a unor grupe familiare care pot fi nefavorabile pacientului. Microgrupul familial poate să nu fie la curent cu ansamblul de situații reale ale pacientului, să fie indus în eroare de către un membru de familie interesat etc.

Desigur, o imagine cât mai completă și nuanțată a locului de habitat (a locuinței) pacientului are și ea o importanță. De altfel, ar fi foarte util dacă psihiatrul s-ar putea deplasa personal la locuința pacientului său. Se poate constata și nota la acest nivel, mărimea spațiului locativ în raport cu numărul de persoane care-l locuiesc: ordinea, curățenia și modul (stilistic) de amenajare al spațiului, gradul de intimitate pe care și-l pot permite membrii familiei, preocupările formale ale pacientului (hobby). Toate acestea pot fi corelate cu sursa de venituri, cu dinamica microgrupului familial etc.

d) Asistentul social poate obține informații din multiple alte surse sociale: de la tribunal, de la primărie, de la organizațiile

obștești, de la „oameni binevoitori“ etc. Toate aceste informații joacă un rol important în completarea „fondului de date“ necesare unui diagnostic nuanțat și a unei acțiuni terapeutice cât mai eficiente și umanitare.

SCALELE DE EVALUARE ÎN PSIHIOPATOLOGIE

În ultimii ani s-a impus și s-a răspândit mult în psihiatrie utilizarea diverselor „scale de evaluare“ a unor simptome și sindroame. Acestea se bazează pe observația și chestionarea realizată de cotator și pe autoobservația și autoevaluarea subiectului investigat. Ele permit o înregistrare și o urmărire relativ standardizată în timp și spațiu a unor aspecte ale stării psihopatologice a bolnavului psihic. Scalele de evaluare nu se substituie diagnosticului clinic ci îl completează. Utilizarea lor are ca obiective majore: – Să realizeze pe cât posibil „obiectivarea“ tulburărilor psihopatologice atât în perspectivă calitativă (= configurația sindromatică prezentă) cât și cantitativă, privitor la intensitatea prezenței unor simptome sau a complexului sindromatic investigat, în ansamblu. Pentru aceasta sînt prevăzute „scale“ sau „punctaje“ atât pentru simptome sau „itemi“ izolați cât și pentru ansamblu, caz în care se face o sumă aritmetică a notelor fiecărui „item“ din scală. (anexa 5, p 451).

– E astfel sprijinită posibilitatea comparării unor diverși pacienți evaluați de diverși investigatori. – Devine posibilă aprecierea dinamicii în timp a tulburării psihopatologice (în măsura în care e realizată cu același instrument de către același investigator); se poate astfel urmări mai „obiectiv“ evoluția cazului, respondența sa terapeutică la diverse intervenții etc.

Scalele de evaluare se articulează coerent cu Foaia de Observație (F.O.) standardizată, și cu interviurile structurate, apărînd ca un instrument complementar al acestora prin care e investigat un domeniu ținut și precizat, considerat ca fiind important. De exemplu examenul clinic, F.O. standardizată și/sau interviul structurat indică faptul că pacientul prezintă o patologie

predominant din serie anxioasă sau depresivă). În continuare se poate aplica o scală de evaluare privitoare la aceste configurații sindromatice.

Din cele spuse mai sus rezultă că scalele de evaluare intervin într-un al doilea nivel al evaluării diagnostice. La primul nivel se manifestă examinarea psihologică-clinică generală, mai mult sau mai puțin standardizată, sau, un chestionar de tip „screening” care permite preselecția cazuisticii. Prin scalele de evaluare se tinde la precizarea configurației simptomatice și cuantificarea tabloului clinic.

Pe de altă parte scalele de evaluare se articulează cu „chestionarele” pe care le utilizează tehnicile de investigație psihologică. Exemplul clasic este furnizat de MMPI sau proba Woodworth-Matys. În cadrul psihodiagnosticului se folosesc însă și multe alte metode, între care – probele de randament; – probele proiective; – metodele „analitice” (interpretarea viselor, interpretări de ale datelor pe care le oferă cura psihoterapeutică)

În corelație cu cele menționate mai sus, scalele de evaluare s-ar folosi astfel:

1. Configurarea simptomatico-sindromatică a unui tablou clinic psihopatologic, așa cum aceasta rezultă din:

●) Examenul clinic psihiatric curent;

●) Utilizarea unor check-list-uri simptomatologice în cadrul unei F.O. standardizate, ca în cazul AMDP.

●) Profilul psihopatologic ce rezultă din utilizarea unor liste de simptome sau sindroame sau a unor interviuri structurate cu arie largă de acoperire (de exemplu: CRSP, BRSP, PSE, SADS, P.S.S.)

Acest demers are la bază, deseori, o concepție nosologică formulată, care se afirmă prin „manuale de diagnostic”.

2. Scale de evaluare, care de obicei se centrează pe un complex sindromatic, dar care pot avea în vedere și alte aspecte, cum ar fi: – nivelul de funcționare și adaptare socială, existența unor deficiențe, evaluarea rețelei cu suport social, evaluarea tipului de personalitate, evaluarea concepției despre lume, a stimei față de sine, a dependenței interpersonale etc.

În ansamblu, scalele de evaluare se referă la 3 domenii principale: – tabloul psihopatologic subiectiv, expresiv, comportamental; – tipul de personalitate (și colateralele acestuia); – nivelul funcționării sociale și a eventualelor deficiențe și handicapuri.

3. Interviuri utilizate în cadrul examenului psihologic pentru precizarea unor itemi psihopatologici (în MMPI, etc.)

Scalele de evaluare se bazează pe: a) Observare, b) Chestionare, c) Autoevaluare. Aceste 3 matrice deseori se combină dar unele scale insistă mai mult asupra unei tehnici iar altele asupra altora.

Scalele de evaluare pot fi aplicate în mai multe modalități:

- Prin autoevaluare: pacientul citește singur datele scalei (întrebări, probleme de opțiune) și alege singur eventualitatea pe care o consideră că corespunde stării sale.

- Prin întrebări directe sau prin lectura de către investigator a itemilor; se evită astfel eventualele neînțelegeri sau neglijențe ale subiectului.

- Prin observarea expresivității și a comportamentului pacientului.

- Printr-o sinteză a datelor de observație directă și indirectă a dialogului și a cât mai multor informații despre pacient, considerat într-o perioadă determinată de timp. În acest ultim caz, cel ce completează scala trebuie să cunoască destul de bine pacientul, să se preocupe de el, să investigheze și să evalueze.

Se poate distinge între scale unicentrate, care vizează în mod direct și explicit un sindrom (de exemplu scala Hamilton pentru depresie) și scale multicentrate, care permit evidențierea mai multor „trăsături” (sindroame) psihopatologice (ca de exemplu scala Witteborn, care permite evidențierea unor trăsături de anxietate, somatic-histerice, obsesiv-compulsive-fobice, de excitație și paranoide). Acestea se aseamănă, pînă la punct, cu chestionarul Woodorth-Matysus, care permite evidențierea unor „trăsături” de anxietate, obsesivitate, depresie, impulsivitate etc., care, de la o anumită notă în sus, pot fi considerate ca patologice.

Scalele de evaluare se aplică de către un personal calificat familiarizat cu problematica psihiatriei, cu psihologia, cu modalitățile, relațiilor interpersonale pe care le pretinde bolnavul psihic. Adică, de către psihiatru, psiholog, asistent medical, asistente sociale etc., în funcție de domeniul vizat și complexitatea scalei și a evaluării.

3. DIAGNOSTICUL PSIHIATRIC ÎN PERSPECTIVA DOCTRINELOR PSIHOPATOLOGICE ȘI A ANTROPOLOGIEI GENERALE

Modelul medical constituie doar una dintre perspectivele din care poate fi analizat un „caz psihopatologic”. El poate fi abordat și dintr-o perspectivă general antropologică, în sensul că reprezintă un anumit mod de desfășurare a existenței unei persoane conștiente. Aceasta se referă și la problema diagnosticului.

În general, așa cum s-a mai spus, diagnosticul nu este un proces cognitiv specific medicinei, ci un demers intelectual general uman. Se poate vorbi pertinent de un diagnostic tehnologic (stabilirea faptului că o piesă este corect executată sau prezintă deficiențe, fisuri) și de asemenea de un diagnostic în cadrul unei anchete polițiste (identificarea infractorului), în cadrul unui proces judiciar (circumscrierea și evaluarea vinovăției unei persoane), referitor la o situație politică (stabilirea a ceea ce este esențial într-o conjunctură dată și a tendinței de evoluție a evenimentelor). Diagnosticul funcționează și în domeniul artistic (de exemplu, atunci când se cere să se stabilească cui îi aparține o anumită operă de artă, dar și atunci când se cere evaluarea calității unei creații artistice, dacă este mediocră sau excelentă, dacă sîntem în fața unui kitsch sau a unei capodopere). Acest sens lărgit a conceptului de diagnostic este îndreptățit iar ultimul exemplu subliniază cu pregnanță faptul că el oscilează între două extreme: judecata de identificare (proces mai ales deductiv-intelectiv) și judecata de valoare (proces predominant rațional-hermeneutic). O judecată de valoare se bazează și ea pe informații lărgite, pe delimitarea și identificarea exactă a cazului-problemă dar se orientează pe descifrarea și afirmarea semnificațiilor acestuia, pe

cuprinderea lui într-un context tipologic, spre evidențierea particularităților de semnificație, de încărcătură și reușită valorică a cazului respectiv. Astfel încît, el să poată fi identificat – atunci cînd faptul se impune – ca un caz tipic exemplar, unic și deschizător de drumuri prin originalitatea sa. Desigur, judecata de valoare este, de obicei, practică în domeniul artei; dar ea este prezentă și în evaluarea morală a unei persoane, precum și în toate domeniile în care valorile și spiritualitatea caracterizează în mod esențial specificul cazului-problemă. Între judecata de valoare și judecata de identificare există forme intermediare, iar una dintre trimiterile făcute la începutul paragrafului se referă tocmai la aceasta (judecata juridică). Procesul de diagnostic în medicina generală înclină mai mult spre judecata de identificare, cel din psihiatrie se plasează în zona intermediară, înclinînd deseori spre judecata de valoare. Ideile enunțate devin ceva mai clare dacă comparăm diagnosticul psihiatric cu diagnosticul tipologico-caracteriologic. Acesta este, în primă instanță, o practică curentă și spontană a vieții de zi cu zi. Din totdeauna, oamenii s-au caracterizat (diagnosticat) între ei, mai ales cu epitete valorice: „celălalt” (sau persoana cutare) este bun sau rău, frumos, urît, slab sau puternic, viclean, nerușinat, orgolios, blînd, naiv, cumsecade etc.). În general, o astfel de caracterizare presupune un dialog și un acord între două sau mai multe persoane (într-o comunitate de „Noi”), privind o terță persoană aflată la o semidistanță de cei ce caracterizează, adică nici indiferent, dar nici asimilat ca partener intim (s-ar putea spune că se află în poziția de „el”). Bineînțeles, astfel de caracterizări spontane și populare se bazează pe faptele și manifestările persoanei în cauză, așa cum ele au fost receptate de cei ce-l comentează, judecă și evaluează. Deci, o sumă de informații diacrone sînt reunite, sintetizate și evaluate, conducînd la o judecată care califică pe cineva, care-l caracterizează evaluativ.

Dincolo de această caracterizare a vieții curente, în tradiția marilor culturi s-au impus anumite sisteme de clasificare a oamenilor nu doar din perspectiva stării sociale, ci și din cea a particularităților caracteriale și a destinului probabil. Aceste sisteme au derivat din astrologie și stau la baza claselor tipologice zodiacale. Pe baza datei nașterii se presupune că o persoană va avea anumite trăsături caracteriale, anumite moduri de reacție, anumite raportări favorabile sau nefavorabile cu alte persoane și anumite șanse de afirmare sau nefericire, modelate, desigur,

parțial de împrejurări. Perspectiva zodiacală permitea un diagnostic printr-o judecată de identificare și nu de evaluare (deși multitudinea de opțiuni oferite permit desfășurarea unui demers de selectare și interpretare de tip hermeneutic). Ea se cere menționată mai ales deoarece evidențiază aspectul de clase numerice finite în care poate fi inclusă o persoană din perspectiva caracterului și a destinului. Acest aspect este o parte indispensabilă a caracterizărilor „științifice” pe care umanitatea le-a cultivat ulterior. Unele din aceste tipologii caracteriologice au avut o corelație cu medicina (cum este de exemplu cea hipocratico-galenică care împărțea oamenii în patru categorii posibile: sanguinic, flegmatic, coleric și melancolic. Baza clasificării o constituia predominarea uneia din cele patru umori (sîngele, pituita, bila galbenă și bila neagră) care reprezentau „referențialele”, „criteriile” pentru diagnosticul caracteriologic. Astfel de criterii au fost variate în cadrul tipologiilor atît ca număr cît și ca aspect de referință dar nu lipsesc din nici o caracteriologie, fiind echivalentul a ceea ce sînt entitățile nosologice elementare într-un sistem nosologico-nosografic.

Caracteriologiile s-au structurat însă, și pe altă cale decît cea care pleacă de la niște criterii, trăsături și/sau clase finite și definite. Astfel, urmașul lui Aristotel Theofrast ne-a lăsat o lucrare în care sînt descrise un număr de caractere pregnante fără o sistematică criteriologică ca suport. La Bruyer își redactează celebra lui carte despre Caractere (în care reproduce și opusul lui Theofrast) fără a recurge la principii de sistematizare explicită. La fel ca și ceilalți moralști francezi ai secolului XVII, el realizează „portrete” de persoane axate predominant pe trăsături morale și pe unele particularități comportamentale expresive. Aceste portrete au, însă, un anumit caracter „tipic”, în sensul că apar ca valabile pentru mai multe persoane. Ulterior, literatura europeană a realizat mereu „tipuri pregnante” de personaje care au putut fi considerate centre de referință pentru alții, astfel încît subiectul în cursul procesului de individuație se putea identifica cu aceste personaje ideale; personaje care au putut fi considerate centre de referință pentru alții; pentru caracterizarea unora (de exemplu Madame Bovary sau Oblomov). Tipologia se poate constitui, deci, și nesistematic prin sinteza unei serii cazuistice sau prin descrierea unui tip pregnant care devine astfel „caz tipic exemplar” în raport cu care alții pot fi comparați și caracterizați ca apropiindu-se mai

mult sau mai puțin de el. Această organizare parțial inductivă, parțial sintetic-creatoare, a cazurilor tip de referință pentru a fi utilă în procesul de caracterizare nu trebuie să evolueze la infinit, ci să se configureze într-o constelație, într-o rețea cu noduri semnificative. La intersecția dintre tipologia riguros sistematică și cea formată din constelația unor cazuri-tip pregnante se află, probabil, zona optimă în care se plasează referințele utile caracterizării unei persoane date, într-o anumită socio-cultură și într-un anumit moment istoric dat.

Diagnosticul caracteriologic poate avea aceleași nivele de complexitate ca și cel medical-psihiatric: – simpla etichetare; – circumscrierea și descrierea particularităților; – analiza și luminarea individualității și unicității. Ultimul aspect presupune, de obicei, luarea în considerare nu doar a caracteristicilor actuale ale persoanei, ci o prezentare a biografiei sale. Biografia constă, desigur, din prezentări – mai mult sau mai puțin comentate și interpretate – a istoriei vieții unui om, în cadrul contextului uman în care acesta a trăit implicând și atmosfera spirituală a lumii umane istorice ce l-a înconjurat, a culturii în care s-a format și s-a afirmat. O biografie poate fi mai detaliată sau mai rezumativă, accentul putând fi pus pe diverse aspecte ale existenței desfășurate a persoanei în cauză, inclusiv asupra proiectelor și eșecurilor, a suferinței și creației sale. La fel ca și caracteriologia, biografia scrisă a unui om poate fi și ea considerată ca un diagnostic desfășurat, ca o sinteză informativă în care datele culese sînt evaluate și interpretate ajungîndu-se nu doar la cunoașterea, ci și la înțelegerea unei persoane date.

Problema „înțelegerii” pacientului de către diagnostician este esențială în psihopatologia generală și a fost comentată de la începutul secolului de către Jaspers în lucrarea sa fundamentală „*Algemeine Psychopathologie*”. Plasîndu-se pe o poziție metodologică fenomenologică descriptivă prelînd și dezvoltînd contribuțiile lui Dilthey privitoare la hermeneuică, Jaspers a subliniat diferența între explicare (*erklärung*) și înțelegere (*verstehen*). Explicarea unei stări psihopatologice operează, ca în cazul oricărei științe, pe baza unei corelații prezumate între cauzele și efectele constatate. Ea se aplică în considerarea cazului de explicat (în psihopatologie acesta este pacientul), ca la un obiect care nu are comunicare directă – de tipul reciprocității – cu subiectul cercetător. Înțelegerea este un proces direct, intuitiv,

empatic și intelectual prin care unui subiect îi devin clare trăirile unui semen în anumite împrejurări date. Înțelegerea celui alt este un proces firesc și obișnuit al relațiilor interpersonale intersubiective. Ea are la bază și faptul că, în raport cu anumite situații definite toți oamenii reacționează, în principiu, identic; astfel încât subiectul ce diagnostichează a reacționat și el în decursul vieții și ar reacționa și în prezent într-un mod similar cu „subiectul-pacient” la evenimente ca pierderea unei persoane iubite, frustrările, amenințarea etc. Situația psihică deosebită a pacientului chiar dacă este anormală ca intensitate și durată, este totuși comprehensibilă pentru psihopatolog care nu trebuie în aceste cazuri să facă apel la anumite doctrine teoretice pentru a „explica” corelația dintre cauzele identificate și efectele ce constau într-o anumită tulburare psihică. Dar, înțelegerea, comprehensibilitatea, are anumite limite, astfel încât de la un nivel încolo tulburările psihice devin incomprehensibile pentru subiect și se cer explicate.

Schema lui Jaspers care opune explicarea înțelegerii a fost dezbătută în decursul întregului secol XX. Pe măsură ce fiecare pol s-a nuanțat și diversificat au început să se întrevadă și zonele de tranziție. În ceea ce privește explicarea în toate domeniile științei – ea s-a dovedit a fi tot mai dependentă de teoria științifică și de structura ierarhizată a acesteia. O teorie științifică poate fi considerată ca un model al realității organizat pe baza unor elemente nucleare (care, uneori, sînt axiome) și a unui anumit aparat logic-matematic care-i asigură coerență și noncontradicție (ea mai are un anumit limbaj, o anumită metateorie etc.). Teoria științifică apare ca un sistem ipotetico-deductiv, consecințele sau derivatele acesteia fiind testabile experimental. Experiența fie confirmă teoria, fie o invalidează, obligînd-o să se restructureze sau să fie înlocuită. În orice caz, experiența nu poate fi integrată în teorie decît în măsura în care se conformează structurii de ansamblu a acesteia și consecințelor ei. Teoria teoriei științifice s-a dezvoltat și în domeniul biologiei și a științelor umane, deși extinderea ei în aceste direcții este încă minoră. Totuși, între faptele care s-au impus progresiv este și acela că o teorie se cere „interpretată” și că „înțelegerea” joacă și în acest domeniu un rol important.

În ceea ce privește înțelegerea, în întreg secolul XX au progresat metodologiile științelor umane și mai ales hermeneutica și semiotica. Semiotica a studiat teoria sistemelor de semne

(coduri) cu semnificație umană precum și regulile elaborării și decodării textelor. „Textul” a devenit și el o temă de studiu, definiția, circumscrierea și tipologia lui dovedindu-se extrem de complexă. Un text poate fi în egală măsură o teorie științifică, o operă de artă, biografia unui om sau comportamentul lui expresiv intențional, o dată ce a fost înregistrat. În plus, textul – discursul – poate fi înțeles (descifrat, decodificat) doar în funcție de contextele concentrice care-l învâluie și de „universul discursului” în care se inseră. Atât biografia unui om (incluzându-i caracteriologia) cât și manifestările sale dintr-o perioadă maladivă, pot fi înregistrate, descrise și interpretate ca un text.

Pornind de la texte, hermeneutica a trecut în secolul nostru de la interpretarea „mesajelor sacrale” cuprinse în simbolurile, semnele și scrierile religiilor la clarificarea tehnicii de descifrare și înțelegere a diferitelor mesaje, exprimate prin opere de artă sau manifestări umane. Urmind metodologia hermeneutică, cercetătorul studiază textul (sau echivalentul acestuia) în contextul său, surprinzând progresiv semnificația și sensul original al mesajului încorporat; și care, în primă instanță poate apărea ca ocult sau incomprehensibil. Desigur, surprinderea semnificației se face pe bază de indici și de imaginare a unor configurații intențional-semnificante, pentru care indicii respectivi să apară ca realmente semnificativi, într-o coerență de sens; străbătând diversele nivele de semnificare, hermeneutul poate pătrunde prin intuiție comprehensivă cât mai aproape de zonele centrale de intenționalitate semnificantă, decriptînd astfel în mare măsură manifestările exterioare care inițial apar ca și incomprehensibile.

Apropierea dintre teoria și metodologia teoriei științifice (a științelor naturii) și teoria și metodologia hermeneutică ce se referă la un univers al intențiilor de semnificare, permite progrese și în domeniul diagnosticului psihiatric care să fie în același timp cât mai exact explicativ și cât mai transparent comprehensiv. Aceasta presupune considerarea pacientului în perspectiva unui „caz tipic” ce include biografia (exterioară și interioară), structura caracterială, situația în care se află și straturile intenționalității sale actuale (de acțiune și semnificare). Apropierea între un sistem nosologico-nosografic cât mai riguros logic (dar în același timp și elastic) și o configurație (sau constelație) de cazuri tipic-exemplare reprezintă perspectiva actuală a științei ce stă la baza diagnosticului psihopatologic.

Diverse doctrine teoretice psihopatologice pot imprima diagnosticului note particulare mai ales în perspectiva etiopatogeniei (și desigur a limbajului folosit, a termenilor utilizați care au o anumită semnificație și trimit la anumite concepții de interpretare a genezei simptomatologiei, în cadrul respectivei doctrine-teorii).

Astfel, psihanaliza clasică – precum și în sensul său nuclear, care a rămas același în cea mai mare parte a școlilor psihanalitice – postulează că simptomele psihopatologiei clinice au o semnificație inconștientă, simbolică, care se cere descifrată (decriptată) de către psihanalist, în demersul său diagnostic-terapeutic. După o schemă hipersimplificatorie, starea psihopatologică apare de obicei la persoane predispușe – care au rămas excesiv „fixate” de una din stadiile pre-oedipiene ale dezvoltării sexualității infantile și care nu au reușit să depășească (să integreze) în mod natural și constructiv momentul crizei oedipiene. Aceste persoane care pot apărea ca „normale” datorită unei mascări a deficitului profund și a unor compensări și supracompensări, ajung în anumite momente – de epuizare, slăbiciune, dar mai ales în situații care au o semnificație specială ce se articulează cu complexe latente ale subiectului – să regreseze la nivelul de imatură fixație a dezvoltării psiho-ontogenetice. În aceste împrejurări apare anxietatea (condiționată de complexul Oedip, de complexul de castrare etc.). Iar subiectul, pentru a înlătura această anxietate insuportabilă, recurge (inconștient) la „mecanismele” de apărare a eului; acestea prelucrează materialul inconștient generator de anxietate după anumite scheme și mecanisme care conduc la apariția simptomelor psihopatologice. Aceste simptome – de fapt unități semiologice – reprezintă un „compromis” între tendințele de afirmare ale pulsionilor Sinelui – ce și-au încorporat de-a lungul ontogenezei conținuturi și scenarii motivaționale proprii persoanei în conformitate cu istoria sa biografică – și exigențele Supraeului și ale Realității pe care Eul regresat trebuie să țină seama. Simptomul reprezintă deci o intenționalitate blocată ce se exprimă derivativ; el are o semnificație ce se cere descifrată; simptomul, înregistrat ca atare, nu e decât fața vizibilă a unui eisberg a cărui semnificație se cere descifrată pentru un diagnostic care să servească realmente tratamentului; mai precis, tratamentului esențial pe care

psihanaliza îl preconizează, în perspectiva restructurării și maturizării personalității. Deci, în perspectiva psihianalitică, diagnosticul nu se poate rezuma la o listă de simptome și la identificarea complexelor sindromatice nucleare în jurul cărora se organizează restul simptomatologiei; e nevoie în plus de descifrarea semnificației simptomelor, în raport cu complexele latente și mecanismele de apărare ale Eului, între care refularea joacă un rol esențial.

Menționăm în continuare, pe scurt, altă doctrină psihopatologică care la un moment dat s-a impus ca o sinteză plauzibilă în psihopatologia din a doua jumătate a secolului XX. E vorba de organo-dinamismul lui H. Ey, care, pornind de la concepția neuropatologică a lui H. Jackson a postulat că în orice stare psihopatologică întâlnim: – un deficit (minus) a funcționării „organismului psihic”; – un ansamblu de manifestări care sînt expresia directă a acestui deficit, fie că exprimă manifestări care erau „acoperite” sau „implicate” de către modalitățile de funcționare de la un nivel superior; – sau că exprimă efortul de reorganizare a psihismului deficitar, în noile condiții de existență, în care trebuie totuși să-și regăsească o coerență și un sens bio-psiho-existențial. H. Ey a realizat o importantă sinteză între moștenirea psihiatriei de inspirație biologică (care punea un accent deosebit pe suferința cerebrală considerînd că există un continuum între tulburările neurologice și cele psihopatologice), cea de inspirație psihianalistă și cea fenomenologică. În contact direct cu mișcarea structuralistă franceză (și cu tradiția clinico-psihopatologică franceză) H. Ey a insistat asupra necesității de a aborda problematica psihologică și psihopatologică din două incidente distincte: cea sincronă (a „cîmpului de conștiință”, a existenței „actuale” a subiectului ancorat în problematica pe care vigilitatea și conștiința o face posibilă); și, pe de altă parte, incidența structural-diacronă (a devenirii și conștiinței valorice morale) care stă în spatele sincronismului cîmpului de conștiință și interferează cu acesta. Nosologia pe care o preconiza H. Ey se baza pe această ipoteză a celor două dimensiuni ale persoanei umane, cu partajarea tulburărilor psihice între acești doi poli (dimensiunea intermediară a motivației profunde și a drumurilor de viață cu sens, nu a fost în atenția sa). Din perspectiva organo-dinamismului lui H. Ey, orice tulburare psihopatologică se cere plasată de la început în una din cele două clase: tulburare

sincronă (centrată pe „disoluția cîmpului de conștiință”) sau tulburare diacronă (structural morală) centrată pe schizofrenie și tulburările de personalitate (dar incluzînd și nevrozele). Teoria organo-dinamistă a lui H. Ey a avut un moment de glorie după care a intrat în ocultație; ceea ce nu înseamnă că unele din ideile valide pe care le-a promovat nu se vor reactualiza în noi contexte problematico-teoretice.

Fenomenologia, ca metodologie de abordare și analiză a existenței umane (și a poziției sale în lume) cu punct de plecare în trăirile conștiente, a susținut și ea o serie de doctrine psihopatologice care s-au dezvoltat în cursul acestui secol, mai ales sub influența curentului filosofico-ideologic „existențialist”. În perspectivă fenomenologică, existența persoanei se construiește progresiv pe măsură ce se diferențiază și se impune conștiința de sine, conștiința subiectului ca element nuclear al existenței cu sens a persoanei în lume. Subiectul uman conștient, ca ființă liberă și creatoare, se angajează în diverse proiecte existențiale care definesc drumul său prin lumea umană; lume ce parțial preexistă, parțial se constituie și se diferențiază o dată cu el. Particularitățile, eșecurile, blocările acestui drum proiectiv, se evidențiază în diverse forme de existență umană excentrică, care este deseori etichetată de oficialitățile unei socio-culturi ca aberantă sau patologică (deci asimilabilă, „bolilor” pe care le comentează și administrează sistemul medical). Ceea ce din punct de vedere exterior (în conformitate cu un model de gîndire al diagnosticului de identificare – care este cel mai aproape de gîndirea medicală) se configurează ca tulburare psihică „malativă”, este de fapt un mod particular – desigur deviant și în principiu nefiresc, – de existență a persoanei în lume. Dar, marile și esențialele sindroame psihopatologice pot fi considerate ca și caricaturi deci ca variante în minus – a marilor și esențialelor probleme pe care le pune și le trăiește umanitatea, omul. Diferă doar nivelul de trăire și capacitate de sinteză. Iar aspectele care la un moment dat pot apărea ca incompreensibile, deseori sînt inteligibile dacă se lărgește suficient contextul de manifestare, tendința de semnificație, șansa de afirmare etc. Fenomenologia susține ideea că trăirile psihopatologice fundamentale se relaționează cu trăirile fundamentale ale existenței umane firești și creatoare; iar aspectele aparent incompreensibile pot deveni tot mai inteligibile dacă se lărgește contextul de corelații semnificative, fapt ce poate include de la un

anumit nivel și sistemul explicativ-teoretic în metodologia comprehensiunii.

Doctrina teoretică a cognitivismului care s-a dezvoltat exponențial în ultimul deceniu se plasează la confluența celor menționate mai sus. Ea înclină mai mult asupra polului structural-dinamic (de care e apropiată psihanaliza) decât de cel fenomenologic. Totuși, maniera în care subiectul persoanei evaluează situațiile, problemele, raportarea altora la sine și propria auto-evaluare, nu scapă controlului (și posibilelor influențe) ale trăirilor conștiente ale persoanei; care, progresiv, prin decizie și angajări voluntare, se poate cel puțin parțial determina pe sine însuși în sensul de a fi într-un fel determinat și a avea o anumită traiectorie în viață. „Destinul” persoanei conceput în termenii cunoștințelor și înțelegerilor actuale rămâne parțial la îndemina modelării sale de către subiectul însuși, pentru un apreciazabil număr de cazuri.

Diagnosticul psihopatologic depinde parțial și de persoana diagnosticianului. Aceasta poate avea diverse nivele de inteligență, cunoștințe, experiențe etc. Orizontul său de înțelegere general antropologic, concepția sa despre lume și viață, poziționarea sa în raport cu doctrinele-teorii asupra persoanei umane și a variantelor sale psihopatologice precum și particularitățile ideosincrazice de înțelegere și de capacitate sintetic-creatoare, toate acestea fac din persoana diagnosticianului un element esențial al procesului existențial de diagnostic psihopatologic, de diagnostic și acțiune în direcția ameliorării suferinței și a protejării deficitului.

Dimensiunea de diagnostician-terapeut în perspectiva psihopatologică poate fi considerată o trăsătură ce poate caracteriza, prin valențele și particularitățile sale orice persoană umană.

În ultimii ani s-au amplificat paralela și analiza congruenței și diferențierii dintre diagnosticul psihiatric:

a) Centrat pe simptome (sindrom) și orientat de criteriile ce definesc o boală psihică;

b) Centrat pe fenomenul trăit de o persoană a cărei sens existențial-global și de moment – se cere clarificat.

Prima orientare menționată (a) este conformă modelului medical; referențialul său este „boala” ca entitate abstractă iar metodologia sa este inductivo-deductivă, conformă cu scheme logico-algoritmice. Simptomul este considerat ca un semn exterior

a ceva ce stă în spatele său și spre care conduce; semn identificabil și quantificabil printr-o metodologie ce se poate preciza și rafina progresiv dar care implică persoana diagnosticianului doar în calitate de investigator obiectiv, nepartizan, rațional, care refuză interpătrunderea și co-trăirea cu „obiectul-subiect” pe care-l diagnostichează.

Cea de a doua orientare (b) se organizează în jurul metodologiei fenomenologico-hermeneutice (și antropologice). În acest context, subiectul ce diagnostichează nu caută identificarea unei liste cât mai complete de semne ci sesizarea directă și esențială a fenomenului pe care-l constituie trăirea din contextul dat a altei persoane conștiente, dimensionată prin subiectivitatea și lumea sa personală. Această trăire – derivată din și articulată cu biografia persoanei respective și semnificațiile și sensurile momentului de viață în care ea e angajată – constituie un „fenomen” uman. Surprinderea și înțelegerea acestui fenomen este de la început globală și configurată, nu prin inducție ci prin intuiție. Această intuiție ce sesizează ceva ce e esențial în existența celuilalt (a pacientului) nu ignoră procesele analitico-sintetice, multiplele informații și criteriile de evaluare. Dar, ea pleacă de la globalitatea, de la ansamblul surprins în esența sa („existența unei persoane într-o situație și într-o lume dată”) progresând ulterior tot prin comprehensiune. Pornind de la fenomen, diagnosticianul nu se referă acum la „boală” – care e o entitate abstractă – ci la persoană, la existența personală concretă și cu sens care se poate manifesta sub forme „tipice”. Referința la „tip” este în egală măsură o referință la tipul caracterial-existențial cât și la tipul de manifestare. Ambele, nu sînt considerate acum dintr-o perspectivă rigidă (ca și în caracteriologiile clasice) dar nici într-una infinită. „Cazurile tipic exemplare” invocă sau sugerează o familie cazuistică, au un „aer de familie”, se bazează pe o ipoteză „prototipică”. Acest mod de înțelegere fenomenologico-hermeneutică (antropologică) permite o mai bună înțelegere între „teren” – adică persoana premorbidă, considerată în biografia sa, în structura sa caracterială, în concepția sa de viață – și momentele de existență particular-anormală pe care acesta le trăiește. Comprehensiunea acestuia din urmă – adică a episodului maladiv – presupune acum minime trimiteri la elemente exterioare persoanei; mai precis, exterioare existenței și lumii sale personale. Modul în care la începutul secolului Jaspers a pus problema incomprehensibilității

nu mai este considerat la fel de valabil. Putem înțelege foarte mult din trăirile psihicului dacă ne putem plasa destul de bine și nuclear în drumul său de existență.

Cele două atitudini diagnostice menționate interferează la ora actuală destul de puternic încât nu se mai acceptă că reprezintă moduri total diferite de abordare. Pozițiile extreme sînt desigur distincte. Dar, fie se va ajunge la elaborarea teoretică a unui continuum, fie se va ajunge la o „metateorie” care să le cuprindă pe ambele.

FACTORI PSIHO-SOCIALI ÎN TERAPIA PSIHIATRICĂ

Expresia de terapie are un sens larg, etimologic ea însemnând a sluji un zeu sau un rege. Dar, în sensul ei cel mai utilizat este în domeniul medicinei. În prezent intervențiile terapeutice ținute, în vederea rezolvării unei probleme medicale acute (a), sînt gîndite într-un context larg care include: b) evaluarea fondului maladiv general – din care momentul acut face parte – cu intenția de a aborda însăși boala, de a preveni recăderile și cronicizarea printr-o acțiune de „management psihiatric”; c) evaluarea particularităților de teren pe care apare o stare maladivă, cu încercarea de modificare a acestora cu scopul de a preveni reapariția bolii; d) studierea și cunoașterea factorilor de ambianță și comportament uman care pot conduce la vulnerabilizarea terenului și la apariția bolii. Dintre acțiunile cu caracter preventiv fac parte și cele de „igienă mentală”; în special, eforturile de a educa și crește oameni echilibrați și robuști psihic, care să posede suficiente abilități de a face față situațiilor de viață stressante și să aibă comportamente sanogenetice.

Toate aspectele invocate ale terapiei sînt aplicabile patologiei psihice și, în mod special, factorilor psiho-sociali care pot fi utilizați în asistența psihiatrică. Ea urmează să se desfășoare sub forma unei „cure terapeutice” care vizează nu doar o secvență,

ci boala în ansamblu, deseori în cadrul unui „management”. Terapiile trebuie să vizeze și terenul, în sensul de a modifica sechelele bolilor sau defectele de fond (chiar minore), precum și factorii de ambianță care ar putea favoriza recăderile. Și, de asemenea, ea trebuie să fie interesată de condițiile unei personalități favorabile și de însușirea unor conduite comportamentale sanogenetice psihice.

Alte câteva remarci sînt utile de la începutul comentariului. Prima se referă la faptul că multe din acțiunile terapeutice ale medicului derivă din acțiuni firești pe care terapia psihiatrică, le modelează științific. Așa ar fi cura în stațiuni balneoclimaterice, dietoterapia (inclusiv terapia cu vitamine, minerale etc.), terapii corporale (masaj, kinetoterapie, exerciții respiratorii, relaxare) etc. Acest fapt este valabil și pentru variatele psihoterapii ori socio-terapii. Nu trebuie uitat că așa cum în apariția unor boli „somatice” intervin și factori psihologici (mai ales în cadrul patologiei psiho-somatice) și în procesul de vindecare a acestor stări malade somatice factorii psihologici pot avea un efect benefic (sugestia, încrederea în medic, dorința de vindecare, sprijinul afectiv și instrumental acordat de alții, descărcarea tensiunilor psihice prin mărturisiri, relaxare, odihna psihică, învățarea unui stil de viață sanogenetic, autocontrolul terapiei etc.). În cazul tulburărilor psihopatologice factorii psihologici „administrați” cu competență de persoane calificate joacă un rol mult mai mare ca în restul medicinei.

O altă remarcă se referă la faptul că medicul-terapeut nu are sub controlul lui toți factorii care pot conduce la ameliorarea și vindecarea unei boli. La această situație poate contribui o anumită conjuncție a bio-psiho-ritmurilor pacientului, anumite tendințe bio-psihologice ale momentului său de viață (în cadrul ciclurilor vieții), influențele benefice situaționale (din partea cunoștințelor, a celor apropiați, a evenimentelor), o anumită nouă situație a ambianței fizice, a alimentației. La care se poate adăuga efortul pacientului în cadrul dorinței și proiectului său de vindecare care poate fi puternic motivat. Multe dintre tulburările psihopatologice tind să se remită „spontan”; adică fără o intervenție consistentă din partea psihiatrului sau chiar în „pofida” ei. Fie că e vorba de o stare reactivă, o nevroză, un episod depresiv sau hipomaniacal și chiar o psihoză delirantă scurtă. Terapeutul trebuie să sesizeze tendința spre vindecare și să o sprijine, să nu manifeste un continuum „fu-

ror terapeutic" care, uneori, poate iatrogeniza. El trebuie să înțiască și să recomande, în unele împrejurări, terapie minimă sau deloc. Și să nu considere că toate remisiunile s-au datorat doar intervențiilor sale. Acest lucru este valabil și pentru psihoterapie. Ceea ce nu înseamnă, însă, că în psihiatrie terapiile psiho-sociale nu au un rol pozitiv major.

În medicina greacă s-a ajuns la concluzia că medicul, ca terapeut, nu trebuie să intervină oricând, ci doar la momentul potrivit, atunci când boala respectivă a atins faza în care poate fi influențată realmente de un remediu. Diagnosticul pe care el îl efectuează are în vedere nu doar identificarea bolii, ci și a momentului în care aceasta se află.

1. INFORMAȚII DESPRE PRINCIPALELE PSIHO-SOCIOTERAPII

Psihoterapia derivă la fel ca toate celelalte tratamente psiho-socioterapeutice din modalitățile firești de relație inter-umană, de raportare și influențare pozitivă dintre oameni. Astfel, în mod firesc și obișnuit, oamenii se sprijină sufletește unii pe alții. În anumite împrejurări persoanele mai puternice îi sugestionează pe cei mai slabi. În cadrul discuțiilor, deseori, un om mărturisește prietenului său „ceea ce are pe suflet“, ceea ce îl „ușurează“. Încrederea în alt om, sprijinul acordat de acesta, poate avea și un rezultat pozitiv. Și, la fel, discuțiile mai îndelungate care ajută persoanei să-și lămurească problemele interioare și să se schimbe sufletește. Un rol pozitiv îl pot juca influențele pedagogice, exercițiile, învățarea etc.

Psihoterapia se bazează pe situațiile amintite, dar ea se dezvoltă ca o terapie deliberată, axată pe o anumită teorie și folosind diverse tehnici. De aceea, trebuie să se realizeze o diferențiere între „psihoterapia spontană“ care se poate realiza între oamenii de bun simț (inclusiv în cadrul raporturilor medic-pacient și asistent-pacient) și „psihoterapia sistematică“. Psihoterapia spontană are un rol pozitiv, dar ea nu o înlocuiește pe cea sistematică.

Acțiunea psihoterapeutică sistematică trebuie efectuată cu grijă de persoane competente care au cîștigat progresiv o experiență serioasă și cunosc bine tehnicile pe care le aplică. O acțiune psihoterapeutică lipsită de aceste atribute poate să dăuneze mult pacientului.

Baza acțiunii psihoterapeutice o constituie o legătură sufletească strînsă, apropiată, de încredere reciprocă dintre pacient și terapeut („transfer afectiv pozitiv“). Stabilirea acestei rezonanțe afective ușurează pacientul care simte că este înțeles, susținut, protejat etc. Ea este, însă, doar începutul, nefiind suficientă prin sine. Uneori, însă, transferul pozitiv poate accentua

starea de dependență psihică și de regresie afectivă, situații nefavorabile psihoterapiei.

Aspectele psihologice importante pentru psihoterapie sînt:

– Sentimentul de dominare din partea altei persoane mai puternice;

– Sentimentul de protecție și susținere;

– Sentimentul de încredere ce favorizează mărturisirea, reamintirea, care fiind povestită și încredințată altuia „descarcă” suferințele pacientului, realizînd un „catharsis”;

– Imitarea altei persoane care are la bază „identificarea” cu altul pe baza sentimentului de dominare, protecție, încredere. Prin imitare se realizează o exersare a unor modele comportamentale;

-- Analiza și interpretarea unor trăiri neconștiente, preconștiente. Fiind realizată în contextul unui „transfer afectiv pozitiv”, acestea ajută pacientul să se înțeleagă mai bine pe sine, „să se vadă pe sine ca într-o oglindă”;

– Autopercepția și autoînțelegerea de sine pe baza unor dovezi, comportamente obiective, evidente. Pacientul ajunge să se cunoască mai bine, să dobîndească o imagine mai realistă despre sine;

– Exersarea în cîștigarea abilității de a efectua anumite comportamente și de a exercita anumite roluri;

– Creșterea încrederii în sine și a stimei de sine, a unei corecte autoaprecieri;

– Autoangajarea conștientă la anumite comportamente, drumuri de viață;

– Cîștigarea și exersarea unei autonomii proprii, sintetice, armonice, responsabile și valorice.

Diverse psihoterapii cultivă, în mod variat aspectele psihopatologice menționate. Dintre ele vom menționa, în primul rînd, psihoterapii predominant sugestive:

– **Sugestia simplă:** Se repetă subiectului zilnic, în condiții de transfer, încredere, autoritate, o opinie privitoare la starea lui (în care terapeutul dorește ca acesta să creadă) sau un comportament

a cărui apariție și amplificare este de dorit. De exemplu, i se transmite repetat, autoritar, sugestionabil: „te simți mai bine“... „arăți mai bine“... „durerile nu mai sînt așa de mari“... „dormi mai bine“... „pofta de mîncare a crescut“... „ești în stare să mergi singur pe stradă“... etc.

- **Sugestia armată:** Sugestia verbală e însoțită, în acest caz, de o acțiune asupra pacientului care, în sine, este fără efect direct, dar care e invocată ca un tratament foarte eficace. De exemplu se administrează un medicament colorat, un praf, o injecție dureroasă (intradermic), o faradizare etc. Încrederea pacientului și sugestia verbală insistentă sînt necesare. Această acțiune terapeutică e implicată în efectul „placebo“ a diverselor medicamente.

- **Sugestia în stare de hipnoză.** Se realizează o stare de somn hipnotic în timpul căruia se sugerează modalități de reacție și comportament în anumite împrejurări. De exemplu, stare de vomă și rău la ingestia de alcool, capacitatea de a nu se emoționa în public etc.

- **Autosugestia:** Pacientul este învățat să repete în fiecare zi, de exemplu, seara înainte de culcare, o serie de formule cum ar fi „din zi în zi mă simt mai bine“, „sînt tot mai liniștit și relaxat“, „mi-e somn“, „durerile au scăzut“ etc. Uneori, se poate combina autosugestia cu tehnici de relaxare corporală.

PSIHOTERAPII DE TIP ANALITIC

- Prototipul acestora este psihanaliza. În cadrul acesteia se realizează un bun transfer între pacient și terapeut în anumite condiții de ambianță și relații. Pacientul este îndemnat să facă „asociații libere“, adică să spună tot ce îi vine în minte terapeutului care ascultă într-o atitudine de neutralitate binevoitoare. Treptat, în asociațiile și verbalizările pacientului apar probleme și conflicte care erau depozitate în planul inconștient, manifestarea lor în conștiință fiind mult timp blocată. Progresiv, psihoterapeutul

analizează împreună cu pacientul principalele trăiri conflictuale care se relevă în cadrul acestor „asociații libere” (sau cu ocazia analizei viselor, a diverselor acțiuni sau gândurilor spontane și necontrolate ale pacientului). În cursul acestor analize pacientul ajunge să se cunoască mai bine și să se maturizeze progresiv. Către sfârșitul curei el rămâne însă foarte legat („fixat”) de terapeut, proiectând asupra acestuia o serie din trăirile și „complexele” sale infantile. Analiza în comun a acestor atitudini ale pacientului față de terapeut ajută la un ultim act al înțelegerii de sine a pacientului, la maturizarea și independențarea lui.

– Schema clasică a curei psihanalitice presupune un anumit scenariu și o perioadă de timp (1–3 ani), eficiența ei fiind variată și mult desbătută. De aceea, s-au promovat și psihoterapii analitice scurte, care țin seama de psihotraumele și conflictele trăite de pacient în cursul biografiei sale și nu doar de cele din primii 3–5 ani de viață, așa cum se interesa psihanaliza clasică. În mod obișnuit orice discuție detaliată cu pacientul, în care acesta își povestește viața, greutățile, momentele mai deosebite din existență, fiind ascultat cu comprehensiune și înțelegere de către terapeut, ajută pacientul, liniștindu-l, „descărcându-l” în cadrul unui catharsis. Aceasta se întâmplă cu atât mai mult cu cât încrederea în terapeut e mai mare și pacientul își povestește aspectele mai intime și mai importante ale vieții. Efectul terapeutic crește dacă pacientul și terapeutul discută împreună aspecte mai neclare și complicate ale vieții celui dintâi atât în incidența determinismului („de ce am acționat astfel?”), cât și în perspectiva semnificației valorice („cât rău a rezultat din aceasta?”) și a perspectivei acțiunilor viitoare (ce se poate face în viitor bine în raport cu cele petrecute în trecut, cu acțiunile neîncheiate sau neclarificate în propria viață). Aceste discuții axate pe aspecte concrete ale istoriei de viață ale pacientului se pot combina cu cele axate pe analiza trăirilor preconștiente și inconștiente, mai mult sau mai puțin recente coborînd eventual pînă la „complexele” infantile pe care le sondează psihanaliza freudiană. Psihoterapia analitică scurtă este, de obicei, limitată în timp la câteva luni.

– **Narco-analiza.** Se injectează pacientului i.v., un barbituric cu acțiune rapidă (după ce în prealabil s-a injectat i.m. cofeină) și se poartă discuții cu pacientul în condiții de semiconștiență. Aceste discuții pot fi la început banale, devenind, apoi, orientate și țintite

asupra unor probleme și teme pe care pacientul le relatează fără reticențe, actualizînd trăiri conștiente sau preconștiente care erau blocate spre manifestare (tot conștient sau preconștient). Se realizează astfel un catharsis o conștientizare și analiză a conflictelor intrapsihice, iar, în final, o posibilă narcosinteză.

PSIHOTERAPII COGNITIVE, RAȚIONALE ȘI DE ANGAJARE

- **Terapiile cognitive** pleacă de la premiza că în unele situații (de exemplu, în stări depresive) pacientul are o imagine deformată despre sine însuși, neputîndu-se sesiza la adevărata lui capacitate, valoare, randament, mod de a fi etc. Prin diverse tehnici (comportamentale, de evidențiere, de notare și comparare, de dialog, discuții în grup, de autoevidențiere) pacientul este condus treptat spre situația de a-și modifica percepția de sine într-un sens apropiat de cel real.

- **Terapii raționale.** În cadrul unui dialog prelungit bolnavul analizează împreună cu terapeutul nu doar istoria lui de viață, conflictele sale (inconștiente sau conștiente), motivația și percepția de sine, ci și situația de „bolnav”. El ia cunoștință de cauzele suferinței sale, de mijloacele terapeutice eficiente, de rolul pozitiv pe care el singur îl poate juca în ameliorarea stării sale, de responsabilitatea lui în autoadministrarea bolii sale. Pacientul este învățat și antrenat să devină un coterapeut.

- **Logoterapia** constă în accentul pus pe dimensiunile morale și spirituale ale persoanei în cadrul înțelegerii propriiei suferințe maladive. Pacientul este condus să-și clarifice sensul angajării sale morale și spiritual-existențiale, să-și lămurească în mod conștient cit este compromis deliberat și cit angajare pozitivă din drumul său de viață. El este sprijinit să ducă o viață de care să-și asume responsabilitatea propriei existențe.

- **Psihoterapii de grup.** Acestea se pot desfășura prin discuții purtate în grup pe teme propuse de bolnavi sau teme care rezultă

dintr-o lectură (vizionare, relatare etc.). De obicei, pacienții se angajează pe marginea temei propuse în discuție, exprimându-și punctele de vedere corelate cu propria experiență de viață, cu propriile conflicte psihice (conștiente, preconștiente sau inconștiente). Ei ajung astfel să aducă în discuție publică subiectele care-i frământă, să asculte problemele altora, constatînd că și alții au problemele pe care le trăiește el. În discuția în grup se analizează problemele din punctul de vedere al mai multora, terapeutul urmărind să realizeze legătura dintre evenimentele vieții și starea de suferință și boală. Prin discuțiile purtate în grup pacientul poate descoperi conflicte intrapsihice pe care le ignora, poate realiza catharzis, poate găsi noi soluții pentru problemele sale existențiale. Cele discutate în grup pot fi reluate ulterior și în afara acestuia. De cele mai multe ori sînt necesare și discuții psihoterapeutice individuale cu medicul. Acestea pot urma o linie analitică, cognitivă, de angajare logoterapeutică etc. Sînt tehnici în care ședința de grup este centrată mai mult pe o temă, iar în altele mai mult pe un pacient. Grupurile pot fi închise (adică, mereu cu aceeași pacienți) sau deschise (vin mereu și pacienți noi).

Psihodrama constă dintr-un joc scenic improvizat pe o temă propusă de bolnavi. Aceștia joacă, apoi, secvențele scenei. Rolurile pot fi schimbate de către terapeut pe parcurs și, la fel, secvențele și deznodămîntul. Terapeutul și coterapeutul se pot implica în joc. O parte din pacienți sînt spectatori; jocul scenic fiind punctat sau urmat de discuții ale tuturor participanților. Este necesar ca medicul, în cadrul dezbaterilor finale, să sublinieze aspectul maladiv și sensul terapeutic al ședințelor. Sînt necesare, de asemenea, discuții psihoterapeutice individuale cu pacienții, pentru a constata felul în care ei au trăit ședința, răsunetul acesteia asupra lor și pentru a întări valoarea psihoterapeutică prin orientarea pacientului spre rezolvarea conflictelor sale interioare, spre creșterea capacității lui de autocontrol, de autonomie și angajare responsabilă într-o realitate corect percepută. Psihodrama joacă un rol pozitiv nu doar prin catharzis, ci și prin specificul ei, constînd în identificarea cu anumite roluri care sînt exersate. Ea implică și modelează intensiv expresivitatea corporală relațională, imaginarea, autocontrolul etc.

Jocul scenic dirijat constă din învățarea și jucarea unei scene de către pacienți. Aceasta are, în primul rînd un rol

socioterapic și secundar psihoterapic, ocazionînd discuții în grup și individuale asupra problemelor care interferează cu starea maladivă.

- **Terapii comportamentale.** Acestea se bazează pe asocierea repetată a unui anumit comportament și unei anumite trăiri (spontane sau induse de terapeut) cu o anumită stare psiho-organică în vederea ameliorării comportamentului. Condiționarea operantă (Skinner) constă în neglijarea comportamentelor nedorite și „premierea” (= acordarea unei recompense) pentru comportamentele dorite, de cîte ori acestea apar spontan; adică pentru cele pe care terapeutul dorește să le amplifice. De exemplu, în copilărie, de cîte ori un copil se comportă rău este neglijat și nebăgat în seamă, fără a fi certat; în schimb, de cîte ori se comportă bine, așa cum dorește educatorul, el primește o recompensă (e lăudat, i se cumpără ceea ce dorește, primește bomboane etc.). În psihiatrie această metodă se folosește mai ales la pacienți cu evoluție îndelungată. Aspectul dificil al terapiei constă în a găsi recompensele eficace pentru subiect.

Condiționarea adversivă constă în asocierea repetată a unui comportament ce se vrea îndepărtat cu o senzație bio-psihică neplăcută. Exemplul clasic este asocierea alcool-antabuz sau alcool-apomorfina, astfel încît de cîte ori pacientul înțilnește alcoolul el are o amintire și chiar o anumită reacție bio-psihică neplăcută și îl evită. Metoda poate fi folosită în unele conduite nevrotice sau comportamente impulsive.

Desensibilizarea progresivă se folosește mai ales în fobii. Constă în asocierea unei stări care, de obicei, creează frică cu o anumită procedură anxiolitică pînă cînd respectiva situație poate fi confruntată de pacient fără teamă. De obicei, se întocmește o listă de fobii și se începe cu cele mai ușoare. Se administrează un anxiolitic i.v. (diazepam, pentotal) sau se induce o stare de relaxare prin training autogen sau hipnoză. Concomitent pacientul este invitat să-și reprezinte respectiva situație fobogenă (de exemplu înțilnirea cu un cîine, șarpe, cuțit, aglomerație etc.). Se folosesc și metode audio-vizuale prin care obiectul, ființa ori situația fobogenă este prezentată bolnavului. În măsura în care apare starea de frică, cu reacțiile neuro-vegetative concomitente, se injectează mai mult anxiolitic (sau se accentuează starea de relaxare), astfel încît pacientul să poată suporta contactul cu

obiectul fobogen. Asocierea se repetă pînă cînd frica dispare. Se trece, apoi, la fobia următoare.

În terapiile comportamentale se folosește des și „modelarea“, adică procedeul prin care pacientul imită comportamentul terapeutului (și a altor persoane); comportament pe care singur nu-l poate efectua. De exemplu, în cazul fobiei de un obiect ascuțit el reușește să suporte și chiar să-l manipuleze dacă, în condiții de anxioliză, vede cum alții (și mai ales terapeutul) o fac. La fel în cazul fobiilor de animale.

O variantă specială poate fi folosită în cazul agorafobiei lărgite (a fobiei de stradă și aglomerație). În condiții de anxioliză pacientul se deplasează împreună cu terapeutul. Acesta îl însoțește doar parțial și-l urmărește de la distanță; apoi pacientul face exerciții pentru a se îndepărta cît mai mult de locul protejat în care știe că se află persoana în care are încredere și care i-a indus anxioliza.

„Antrenamentul“ comportamental este folosit în terapiile comportamentale, el situîndu-se în zona de intersecție dintre acesta și terapiile corporale. Unele metode terapeutice propun bolnavului care prezintă o imobilitate (de exemplu, o dificultate de scris, de vorbit, de atenție, de raportare socială etc.), să se exerseze după anumite tehnici pînă reușește performanțe pozitive.

O modalitate specială de terapie comportamentală constă în antrenarea progresivă a bolnavului în anumite activități mai ales de tip gospodăresc și în ergoterapie, sprijinindu-l să-și crească treptat performanțele. Această procedură este utilă, mai ales la pacienții cu evoluție îndelungată, în cadrul „reabilitării“ (problema va fi reluată).

În cadrul tratamentelor corporale se folosesc, în primul rînd, tehnici variate de relaxare. O metodă clasică este *antrenamentul autogen Schultz*. Pacientul execută, sub controlul terapeutului, de trei ori pe zi exerciții repetate de relaxare. El stă într-o anumită poziție, cu ochii închiși, se relaxează și-și repetă anumite comenzi cum ar fi „brațul meu drept este greu“ pînă la resimțirea respectivei senzații. În decursul mai multor săptămîni se parcurg succesiv exerciții de autocontrol corporal prin care pot fi modificate o serie de funcții fiziologice, obținîndu-se și o relaxare psihică. Pe lîngă autocomenzi pot fi folosite și comenzi pe bandă de magnetofon sau sugestive ale terapeutului. Alte tehnici

corporale de relaxare se fac prin exerciții controlate de terapeut, de modificarea tonusului mușchilor. Exercițiile de respirație controlată și exercițiile de postură fac de asemenea, parte din această categorie. Mai pot fi menționate masajul general și ținut; – masajul subacvatic; – exercițiile de gimnastică, inclusiv cele efectuate sistematic pentru creșterea forței musculare (mai valoroase dacă sînt făcute și cu o concomitentă sugestie și valorizare simbolică a mișcărilor din cadrul exercițiilor („ridicat“, „împins“, „susținut“ etc.); – plimbare solitară, alergare, exerciții ritmice, înot; – fizioterapie variată (tratamente electrice, ionizări, împachetări etc.).

Acțiunile asupra corpului au valoare psihologică terapeutică prin modificarea resimțirii informațiilor interoceptive și proprioceptive, prin „modificarea recepției de sine“, prin modificarea „schemei corporale“ și „imaginii corporale“. Ele pot crește starea de relaxare psihică, de confort psihic, de încredere în sine, de stimă de sine, ajutînd în același timp la creșterea unor performanțe psihomotorii și de relaționare socială, reducînd efectele negative ale unor terapii. Terapiile corporale se conjugă cu cele comportamentale, cu psihoterapiile și socioterapiile.

2. SOCIOTERAPIILE

Interferează cu alte terapii nemedicamentoase care au fost prezentate. În perspectivă socio-terapeutică se evidențiază o serie de caracteristici ale persoanei pe care programul terapeutic se va strădui să le satisfacă și/sau să le amelioreze. De ex.:

1. Dorința de relație socială a pacientului;
2. Măsura în care acesta suportă prezența în grupul social;
3. Capacitatea de a lega ușor conversații (cunoștințe, raporturi) față de persoane noi;
4. Capacitatea de a participa la acțiuni în grup inițiate de alții (de terapeuți, de alți pacienți, de cunoștințe, de familie);
5. Capacitatea de a avea inițiative în plan social;
6. Capacitatea de a face față unor situații tensionate și problematice în planul unor relații sociale;
7. Capacitatea de a colabora în grup;
8. Capacitatea de a domina un microgrup;
9. Tendința de a monopoliza atenția grupului;
10. Tendința de a domina singur grupul;
11. Valorizarea pacientului prin succesele obținute în cadrul grupului.

Relațiile sociale ale unui individ variază în raport cu grupul la care se raportează. Principala polarizare este între:

- a) grup format din persoane cunoscute, familiare;
- b) grup format din persoane străine;

Între acestea există, desigur, multiple situații intermediare. Întotdeauna un om se află, în cursul unei zile, în raporturi succesive cu grupuri sociale aflate la diverse „distanțe psihologice” de el. Atunci când se elaborează un proiect socioterapic este util să se realizeze o evaluare a pacientului în ceea ce privește profilul său de raportare a) constantă (caracterială) și b) conjuncturală (maladivă). Este util să se stabilească, în măsura posibilului, în ce perspectivă starca maladivă a modificat stilul caracterial de

raportare socială. De asemenea, este important să nu se confunde raportarea socială cu cea interpersonal-intimă, acestea două putînd evolua divergent. De exemplu, o persoană cu o sociabilitate redusă poate avea una sau două legături interpersonale profunde și constante; sau o persoană hipersociabilă poate să nu aibă nici o legătură interpersonală constantă și intimă.

Socioterapiile se intersectează, așa cum s-a spus în mod repetat, cu alte modalități terapeutice. Rar, ele sînt relativ „pure”. Astfel, socioterapii propriu-zise ar fi: participarea în grup la un cenacul literar, la un spectacol sau audiție, urmată de discuții; o plimbare în grup sau o excursie în care sînt cultivate raporturile interpersonale etc. Totuși în cadrul diverselor terapii accentul poate fi pus mai mult sau mai puțin pe socioterapie. Astfel se întîmplă în cadrul jocurilor sportive; a dansului (discotecă); – a discuțiilor în grup; – în psihodramă, în terapia familială; – în unele terapii comportamentale; – în jocurile de societate (în sens de terapie ocupațională); – în ergoterapie etc. De fapt, se poate discuta mai la subiect de o *dimensiune socioterapică* a diverselor terapii. Aspectul propriu-zis socioterapeutic rezultă din obiectivul propus: cel de ameliorare a capacităților pacientului de relaționare socială bazată pe un inventar inițial a disponibilităților sale (în raport cu „itemii” menționați) și cu formularea obiectivelor, pe etape.

Mai este necesară o precizare în sensul că șansa raportării sociale a unui om este într-un fel permanentă, în orice context. De aceea, pînă la un punct trebuie diferențiat între ceea ce este relaționare socială spontană, necontrolată și nemodelată terapeutic și ceea ce în mod intențional este cotelat ca socioterapie. Primul aspect joacă un rol important și în spital, de exemplu, în măsura în care într-un salon este prezent un hipomaniacal care antrenează în diverse activități pe alți pacienți.

În concluzie, dacă în planul terapeutic este prevăzută o intervenție socio-terapeutică ea trebuie să fie formulată explicit pe baza unei evaluări (diagnostic) inițial. În a doua fază se evidențiază activitățile cu valență socioterapeutică în care pacientul ar putea fi angrenat. Pacientul este pregătit și motivat pentru a participa la ele. Iar terapeutul care conduce activitatea respectivă este informat asupra obiectivelor, străduindu-se să creeze situații de angrenare

treptată a pacientului în situații de relaționare socială pe care să le depășească și să le învețe. Asistentul medical fiind prezent alături de pacient la aceste activități (sau informându-se constant) observă progresele realizate de pacient, dificultățile pe care el le întâmpină, lipsa de progres terapeutic etc. și informează medicul. În cadrul procesului de cură terapeutică se va interveni în echipă pentru progrese în direcția socioterapeutică.

3. TERAPII OCUPAȚIONALE

Ele au drept scop de a ocupa cu sens timpul pacientului în mod acceptabil, plăcut și cu valoare terapeutică. Diversele activități încadrabile în acest capitol al terapiilor se desfășoară în mare măsură în solitudine, apropiindu-se, uneori, de ergoterapie. Totuși sînt activități terapeutice ocupaționale care nu au relație nici cu ergoterapia, nici cu socioterapia, cum ar fi: lectura, audiția muzicală, plimbarea solitară etc. Ele pot fi, eventual, corelate în unele cazuri cu psihoterapia. Uneori, pacientul este invitat să-și țină un jurnal intim care este discutat periodic cu terapeutul (psihoterapeut). În spital sau în afara spitalului fiecare pacient desfășoară de-a lungul zilei diverse activități, unele fiind vizibile în sens de raportare socială și muncă, iar altele fiind mai puțin sesizabile de către alții, cum ar fi lectura, audiția, contemplația, meditația. Inventarul acestor activități poate fi util terapeutului care poate sugera cultivarea unor anumite tipuri de activități (de exemplu, activități „angajante”, de „ocupare” a timpului, cum ar fi lecturi de reviste, pasiențe, rezolvarea de cuvinte încrucișate, audiție la radio etc.). Altele sînt angajate în sensul prezenței publice, a meditației, a jurnalului intim sau a tentativei de creație. Programul „ocupațional” al unei zile este, de obicei, un suport sau o referință a planului terapeutic de care terapeutul principal trebuie să țină seama. Asistentele de psihiatrie, în calitate de coterapeuți, modelează aceste activități și țin evidența lor, stimulînd pacientul în limitele proiectului terapeutic.

4. ERGOTERAPIA

Înseamnă un tratament care se realizează printr-o muncă ce duce la realizarea unui produs ce este valorizat moral și/sau material. Ea se poate desfășura atât solitar și neorganizat social (în continuarea terapiei ocupaționale, cum ar fi tricotatul), cât și în cadru organizat social. Uneori, această muncă nu este remunerată (de exemplu, continuarea unei activități profesionale la o persoană pensionată), iar, alteori, poate fi remunerată. Prezența în context social ridică și probleme de socioterapie.

În legătură cu angrenarea în ergoterapie este necesară o testare inițială medico-psiho-socială (deci, efectuată de medic, sociolog și psiholog) care să stabilească: 1) Boala de care suferă pacientul și stadiul ei evolutiv cu defectele bio-psiologice actuale și capacitățile bio-psiologice restante; 2) Abilitățile bio-psiologice de care pacientul dispune și motivația lui pentru o activitate de tip profesional care, chiar dacă se desfășoară în ambianța protejată, este-relativ-socialmente standardizată; 3) Capacitatea pacientului de relaționare socială, de încadrare în grup, de raportare interpersonală, de cooperare cu alții etc. în cadrul unui program socialmente ordonat de activitate. Apoi, este necesar ca echipa terapeutică care include alături de medic și ergoterapeut un psiholog și un sociolog să urmărească încadrarea progresivă a pacientului în program și în relațiile de grup, în contextul unei permanente evaluări a dinamicii psiho-sociale a grupului ergoterapeutic. În cadrul acestuia relațiile pacientului sînt, în primul rînd, cele cu instanța coordonatoare (= ergoterapeut, asistent, medic); dar se stabilesc inevitabil și relații cu ceilalți pacienți care trebuiesc urmărite și analizate.

Încadrarea în ergoterapie trebuie întotdeauna pregătită metodic și sistematic, pe baza unui diagnostic efectuat pe multiple nivele și pe baza unei pregătiri psiho-socioterapeutice. Un pacient

trebuie motivat pentru o activitate în ergoterapie și trebuie introdus în locul și la nivelul care corespunde optim bolii sau defectului său, capacităților sale restante de funcționare psihică, de abilități profesionale și de relaționare socială. Această acțiune de introducere în ergoterapie trebuie urmărită cu grijă în mod obiectiv și pe baza unor acțiuni concrete, fără a se renunța prematur și ținându-se seama de opiniile și interesele pacientului și a aparținătorilor săi.

Evoluția psiho-socială a pacientului în cadrul ergoterapiei trebuie urmărită, de asemenea, constant, stimulându-se capacitățile sale de relaționare socială și de independentizare, cu vizarea, în final, a reîntoarcerii sale în viața socială ca persoană independentă din punct de vedere socio-profesional.

În toată perioada activității ergoterapice trebuie urmărită, antrenată și modelată și rețeaua lui socială proximală, cea familială, de cunoștințe și prieteni, cu strădania ca aceasta să fie mereu amplificată. În momentul reîncadrării pacientului în activitatea curentă grija pentru menținerea și amplificarea rețelei sociale proximale trebuie să continue. Terapeuții (medicul, sociologul, asistentele sociale, ergoterapeutul, psihologul) trebuie să pregătească viitorul loc de muncă pentru ca grupul în care el va activa să fie comprehensiv și receptant pentru subiect, să existe la același nivel persoane care-l sprijină, și să existe condiții ca de-a lungul timpului să apară tot mai multe relații sociale suportive.

5. PSIHO-SOCIOTERAPIE ȘI „MANAGEMENT“

Acțiunile terapeutice trebuie să aibă în vedere, pe cât este posibil, nu doar rezolvarea stării actuale de perturbare psihopatologică, ci și felul în care persoana va evolua; mai ales în sensul de a folosi experiența malativă avută în sens pozitiv, pentru a evita noi episoade psihopatologice și, eventual, pentru a-și schimba stilul și modul de viață într-unul cu valențe sanogenetice crescute. Această perspectivă presupune că a) Pacientul și ambianța lui socială proximală să fie „calificată“ în perspectivă medico-psihiatrică, astfel încât să cunoască problematica suferinței în cauză și problematica psihoterapeutică în general; b) Psihoterapeutul și echipa lui terapeutică să urmărească un timp suficient de lung pacientul și universul său uman proximal (acționând asupra acestuia), astfel încât să poată realiza, până în cele din urmă, metamorfozele de dorit. În ansamblu, aceste două tipuri de acțiuni se înscriu în ceea ce s-ar putea numi „managementul“ psihiatric al unui caz (și, științific vorbind, a unui tip de boală psihică). Bolile psihiatriei care se pretează cel mai direct acestei idei de management sînt psihozele endogene, nevrozele și toxicomaniile inclusiv alcoolismul. Comentarea problemei va fi centrată pe cazistica schizofreniei, considerată ca o situație paradigmatică pentru această orientare terapeutică.

– **Calificarea pacientului ca bolnav.** În timpul unei stări psihice malative pacientul poate ignora și nega situația lui de om bolnav (aberrant) sau o poate supradimensiona. Progresul terapeutic trebuie să includă conștientizarea de către subiect și ambianța lui socială proximală a existenței unui episod psihomalativ, a unei vulnerabilități și a posibilității reactivării bolii (cu evoluție spre cronicitate) în anumite condiții. Aceasta înseamnă,

de fapt, calificarea ca „bolnav” (actual, fost și potențial) a unei persoane conștiente. Pentru cazurile de boală psihică în care eventualitatea recăderii este importantă, pacientul și cei apropiați lui trebuie să fie învățați, prin diverse metode, ce reprezintă un „*symptom psihopatologic*” ca deviere anormal-aberantă a modalităților „normale” de trăire și comportament; – când să se adreseze (pacientul, familia sau alte persoane apropiate) echipei terapeutice în cazul în care se anunță sau se manifestă simptome (= trăiri-comportamente) psihopatologice; – posibilitățile bolnavului (ca subiect și ca centru de preocupări a unei echipe sociale, de rude, prieteni etc.) de a interveni pentru evitarea „recăderilor clinice” atât prin intensificarea unor proceduri terapeutice (doze de medicamente, relaxare etc.) cât și prin „modularea” relațiilor cu alții (cu familia, grupul de prieteni, de lucru, societatea) în sensul reducerii solicitărilor interpersonale, a creșterii suportului personal (protecția) sau a altor atitudini socio-comportamentale, pe care echipa de management terapeutic le-ar putea influența.

Desigur, proiectul unui „management” terapeutic nu este centrat doar pe individul bolnav care este astfel „prelucrat” modelat. Acest proiect poate și trebuie să vizeze familia (atitudinea constantă a acesteia față de pacient), precum și pe toți membrii „rețelei de suport social”. Și, de asemenea, trebuie incluși factorii obiectiv-materiali (economici și juridici) ai acestei rețele.

Wing sistematizează aceste probleme, pentru schizofrenie, în felul următor:

a) Factori controlabili de către pacient în cazul apariției unor inconveniente: – autocunoaștere și autoeducație; – recunoașterea unor defecte ale aparținătorilor; – recunoașterea și evitarea unor situații stressante; – relaxarea în caz de stress inevitabil; – izolarea socială specifică și restrictivă (în raport cu aparținători insistenți, muncă suprasolicitantă etc.); – evitarea izolării totale (viață socială, călătorii etc.).

b) Factorii parțial controlabili de către pacient care depind și de ajutorul altora; – solicitarea adecvată a ajutorului rudelor și prietenilor; – găsirea unor activități corespunzătoare competenței sale; – găsirea unei ambianțe sociale potrivite și a unor interacțiuni sociale controlabile; – găsirea unui loc de muncă adecvat din

punct de vedere al complexității, responsabilității, rapidității în efectuarea acțiunilor profesionale, a contactului interpersonal profesional, mediu plăcut etc.

c) Factori necontrolabili de către pacient: – atitudinea critică a familiei (cicăleli); – discuții neadecvate asupra medicației făcute de către alții; – eficiența și calitatea serviciilor; – atitudinea celor din mediul profesional; – pretențiile celor de la locul de muncă.

6. TERAPII ORIENTATE ASUPRA „TERENULUI“

Terapia, în sens medical, se referă nu doar la acțiunile orientate spre rezolvarea unor tulburări, ci și la creșterea rezistenței individului în vederea prevenirii apariției perturbării sau a recăderii. Această perspectivă este valabilă și pentru psihiatrie. Terapia care vizează terenul se instituie, de obicei, *după* manifestarea unui episod malativ, fie că acesta s-a remis complet sau cu defect. Uneori, se instituie o monitorizare a pacientului, acesta fiind dispensarizat. El se prezintă la control periodic și (eventual) urmează un tratament de întreținere. Controlul periodic are drept scop atât depistarea precoce a unor indici de recădere, cât și realizarea unei anumite protecții psiho-sociale a pacientului. Putem sublinia câteva aspecte ale terapiei centrată pe „teren“, pe „existența diacronă“ a fostului sau a potențialului bolnav mental:

1. Depistarea precoce a persoanelor vulnerabile și a semnelor de boală.
2. Protejarea persoanei vulnerabile față de factorii de risc.
3. Terapie centrată pe creșterea non-vulnerabilității persoanei.

Dacă s-ar lua în considerare persoana *înainte* de manifestarea unui episod malativ atunci factorii inventariabili, de controlat și de modelat ar fi extrem de numeroși; ceea ce ar dilua problema. Înainte de manifestarea unei anumite boli psihice se poate acorda atenție unui grup relativ strâns de indivizi care constituie „persoanele cu risc crescut“ (desigur, stabilindu-se criterii explicite pentru circumscrierea acestor grupuri). Însă, aceștia sînt greu abordabili deoarece nu au experimentat situația bolii. Nici ei și nici cei apropiați sau cei aflați în poziție oficială (în cadrul sistemului social în care subiecții sînt plasați) nu acceptă cu ușurință ideea unor acțiuni terapeutice care să difere de modalitățile existenței firești. Chiar dacă noțiunile de protecție față de

stressorii psiho-sociali ar fi acceptate de indivizii vulnerabili, ele sînt comentate sau contestate de cei ce nu beneficiază de ele și de factorii supraordonați. Iar psihiatrii nu sînt în situația de a demonstra cu certitudine și exactitate importanța acțiunii lor. În concluzie, la ora actuală, aspectul central al intervenției terapeutice asupra persoanei (terenului) se referă la foștii pacienți (sau la cei pentru care sînt argumente evidente de a fi considerați pacienți iminenți).

Pe lângă modalitățile de acțiune care au fost inventariate trebuie subliniate și alte aspecte importante (mai ales în perspectivă psihiatrică) cum ar fi:

4. Modelarea și, la nevoie, amplificarea sau restructurarea rețelei de suport social.

5. Creșterea „abilităților de a face față” situațiilor de viață stressante, problematice și a capacității de relaționare socială în special (acest ultim aspect a fost comentat în ultimul deceniu de autorii de limbă engleză sub expresia de „coping”).

Desigur, acțiunile asupra rețelei de suport social și a capacităților de „coping” apar ca o dezvoltare a ceea ce se nota la punctul 2 ca „protejarea persoanei vulnerabile față de factorii de risc”. Aceasta are, însă, un sens mult mai larg și se referă la ansamblul asistării și protejării bio-psiho-juridice a persoanei în cauză, implicînd și asigurarea drepturilor sale civile (de exercitare a diverselor statute și roluri, de administrare a bunurilor, calificare profesională, exercitare a profesiei, funcții maritale și paternale etc.). De asemenea, se are în vedere, la acest nivel mai general, asigurarea unui spațiu locativ și a unei surse de venituri. Toate acestea reprezintă direcții de acțiune socio-terapeutică în sens larg care dau sens prezenței active a psihiatrului (și a echipei sale) în comunitate, în mijlocul vieții sociale, unde el trebuie să-și asigure mulți „prieteni”, persoane cu funcții de responsabilitate socială care să înțeleagă drama bolnavului psihic și să devină „prietenii” sau „colaboratorii externi” ai psihiatriei, sprijinind și dăruindu-se pentru acest defectiv psiho-social care este fostul ori potențialul bolnav psihic. În această perspectivă un rol deosebit îl joacă atît normativitatea juridică (care funcționează într-o colectivitate istorică), cît și asociațiile de persoane sau indivizi cîștigați pentru cauza acestuia și capabili de dăruire, uneori, avînd ca motivație doar generozitatea și precipitarea conjuncturală pe un sens existențial.

Privitor la punctul 4 se pot comenta separat:

4.1. Modelarea unei rețele (de suport social) existente. La acest capitol se înscriu câteva terapii ce au devenit tradiționale sau clasice, cum ar fi:

- terapia familială (cu nenumăratele sale variante);
- terapia cuplului;
- modelarea socio-terapeutică a microgrupului de la locul de muncă.

În mod deosebit *terapia familială* s-a dezvoltat după diverse teorii, scheme și tehnici. De asemenea, ea variază și în funcție de tipul bolii. În ultimul timp există un interes crescut pentru terapia familială la schizofrenii ce trăiesc în familii cu „expresie-emoțională” crescută (diverse tehnici de intervenție, analiză, interpretare, evidențiere, antrenament sînt continuu studiate). În plus, este abordată sistematic și familia tînărului cu tulburări de comportament sau cu tulburări de tip nevrotic, a adolescentului cu tulburări de alimentare, a depresivului, alcoolicului etc. Una din schemele de terapie constă din organizarea de cluburi sau „asociații” ale rudelor (cel mai des a părinților) diverselor tipuri de bolnavi care se întîlnesc periodic; persoanele în cauză fiind modelate prin schimb de experiență și diverse tehnici psihoterapeutice.

Terapia cuplului poate fi realizată prin tehnici în care ambii parteneri sînt prezenți sau prin tehnici în care se acționează (psiho) terapeutic separat asupra celor două persoane. Intervenția la locul de muncă se desfășoară, de obicei, mai ales sub formă socio-terapeutică (uneori, cu ajutorul modelării acestei ambianțe); dar unele acțiuni psihoterapeutice țintite nu sînt excluse sau inutile.

4.2. Deseori, este important pentru o bună evoluție ca rețeaua socială proximală să nu fie doar modelată psiho-socio-terapeutic ci și să se schimbe ori să se amplifice. Prima eventualitate, a *schimbării*, implică, uneori, decizii importante pentru existența persoanei; terapeutul participînd în calitate de consultant sau *catalizator*. Însă, decizia finală aparține, totdeauna, subiectului. E vorba de situații de părăsire a domiciliului părinților, de căsătorie, divorț (sau ruptură afectivă), de schimbare a direcției profesionale, de acceptare a unei noi funcții etc. Toate aceste „schimbări de viață”, statistic frecvente și pînă la un punct firești,

au drept consecință modificarea configurației rețelei sociale proxime a bolnavului.

Celălalt aspect, care vizează *amplificarea* rețelei sociale proxime, este și el important și poate fi realizat ori supervizat pînă la un punct de psihoterapeut. Acesta poate „ocasiona” și „cultiva” formarea de noi cunoștințe, așa cum se întâmplă în staționările de psihiatrie (mai ales cele de nevroză); fapt cu posibile consecințe pozitive (după fiecare internare subiectul are mai mulți prieteni). Același lucru poate fi realizat și într-un mod mai deliberat sau organizat sub forma cluburilor psihoterapeutice, a grupurilor de psihoterapie (relativ constante), a organizării de „hostel-uri” și a ergoterapiei ambulatorii, în care pacientul intră în legături interpersonal-sociale ce se pot stabili.

5. Creșterea abilităților persoanei (= a capacității de „coping”) este una din direcțiile cele mai importante ale terapiei ce vizează persoana în sens de teren. Acest deficit al abilităților poate preceda episodul maladiv, fiind un aspect al vulnerabilității sau chiar o verigă în etiopatogenia instituirii tulburării maladeive. El poate apare ca un defect post-maladiv chiar în cazuri în care nu există nici un simptom „clinic” defectiv, constituind un factor de vulnerabilitate pentru recăderi. De aceea, se impune o terapie care are ca obiectiv creșterea abilităților persoanei fie pînă la nivelul ce a precedat episodul maladiv, fie deasupra acestuia. Diversele abilități (despre care va fi vorba în continuare) sînt, însă, strîns corelate cu o strategie de utilizare a lor. De aceea, terapia de creștere a abilităților, raportării și acțiunii este intim corelată cu una de creștere a capacității strategice de utilizare a lor.

Abilitățile necesare unei existențe eficiente a persoanei sînt, desigur, infinite. În comentariul psihopatologic apar mai ales două aspecte:

5.1. Abilitățile de a rezolva situații stressante și problematice. Cele două aspecte menționate se intersectează dar nu se suprapun într-un tot.

Situațiile stressante sînt acelea care solicită sau presează subiectul în sens psiho-afectiv, intervenind predominant fără voia lui. Față de acestea individul poate alege între cîteva eventualități pe care terapia le poate cultiva, făcîndu-le cît mai conștiente, deliberate și eficiente.

O trăire stressantă trebuie să fie evaluată ca atare de către subiect. Desigur, subiectul percepe, receptează, descifrează și interpretează evaluativ situația percepută, realizând concomitent aceleași procese în raport cu sine. Billings a formulat următoarea definiție a „coping”-ului: cogniția și comportamentele care servesc să se aprecieze semnificația stressorilor, să se controleze și să se reducă circumstanțele stressante și să se modereze tensiunea care, deseori, acompaniază stressul. Ținând seama de această definiție s-au circumscris ulterior următoarele strategii de „coping”: 1) distragerea; 2) redefinirea situației; 3) acțiunile directe; 4) catharzisul; 5) acceptarea; 6) creșterea suportului social; 7) relaxarea; 8) angajarea și sprijinul altora (Somme-Well). O altă inventariere (Parker, 1986) are în vedere: 1. nepăsarea; 2. distracția; 3. socializarea; 4. autoconsolarea; 5. activitatea; 6. solicitarea de ajutor. Din cele menționate rezultă că strategiile de „coping” au în vedere în mare măsură *evaluarea* cât mai adecvată a situației concrete, cât și a propriilor capacități, astfel încât să se găsească o strategie optimă, „cât mai puțin stressantă” de depășire a situației solicitante.

Se preconizează o educare (în sens de exerciții, antrenamente) în această direcție. Această perspectivă preferă să nu comenteze problema conștiinței morale și angajărilor existențiale majore. De asemenea, inițial, s-a avut în vedere doar împrejurările în care subiectul este „surprins” de un eveniment stressant. În prezent se inventariază și capacitatea subiectului de a proiecta soluții (alternative) în situații problematice și de a opta între variante, precum și abilitatea de a implementa în act efectiv situația aleasă.

5.2. Abilitățile de relaționare socială sînt foarte variate: de la capacitatea de a face cunoștință cu o altă persoană, a purta o conversație (standard, banală) pînă la capacitatea de a coordona activități în care sînt prezenți mai mulți oameni și cea de a modela relațiile afective cu alții. Desigur, aceste abilități se corelează strîns cu precedentele deși au ceva specific. „Antrenamentele” preconizate în această direcție se referă mai mult la aspectul tehnic formal (și eventual la strategiile de a face față solicitărilor afective a altora) și mai puțin la propria stimulare afectivă; aceasta ținînd de un cu totul alt domeniu.

6. Una din importanțele descoperiri psihopatologice-terapeutice a ultimilor ani a constatat în faptul că în condiționarea și evoluția stărilor maladive psihice un rol important îl joacă nu doar prezența influențelor psiho-sociale negative (stressante, solicitante, presante etc.), ci și *absența satisfacțiilor și împlinirilor psihice* care să realizeze o balanță compensatorie în raport cu primele. Satisfacțiile, la rândul lor, depind în mare măsură de împrejurări, obiective, de factori exteriori mai mult sau mai puțin prezenți și controlabili. Dar, ele depind și de subiect, de ceea ce el întreprinde pentru a le obține și de capacitatea lui de a se bucura, de a fi mulțumit, împlinit, fericit atunci când există motive pentru aceasta. Intervine și la acest nivel „*testarea realității*” în sens de evaluare a realității exterioare și a propriei persoane, precum și abilitatea de a obține satisfacții. Ambele aspecte pot constitui obiectul unor proiecte de terapie (de antrenament, modificare cognitivă, învățare din experiență, etc.).

7. Creșterea încrederii în sine. Această formulă aparent banală ar putea fi o schemă deosebit de importantă a psihoterapiei centrată pe teren. În măsura în care un anumit subiect nu e poziționat (circumstanțial sau durabil), astfel încât să aibă o încredere în sine firească (sau crescută patologic; fapt ce se cere constatat) ne aflăm într-o situație anormală, care marchează o fragilitate patologică în care încrederea în sine este, în mod anormal, subevaluată printr-o deformată „testare” a realității. Uneori, această insuficientă „poziționare existențială” a subiectului se corelează cu o neadecvată încredere în alții. Situația ar putea fi și ea evaluată în această direcție. Dar, tehnicile psihoterapeutice de creștere a încrederii în sine a subiectului pot fi multiple și variate. Ar fi de amintit, în primul rând, bunul simț de a ști să ascuți cu atenție și comprehensiune pe altul, să-i acorzi atenție, să-l lauzi după merit, să nu-l frustrezi etc. Cu alte cuvinte, această „psihoterapie” a bunului simț, ar putea induce o oază de comprehensiune și stimulare afectiv-spirituală într-un ocean de indiferență.

8. În sfârșit, există un plan în care acțiunea terapeutică în sensul în care a fost comentată, adică de învățare, antrenament, spor de cunoaștere și educare, clarificare interioară etc. ar putea fi, de asemenea, operantă în conjuncție, cu psihoterapiile de

afirmare. Este vorba de zona potențialităților neconștiente, a energiilor, sensibilităților, afectivităților etc. latente (sau blocate) existente în persoană și pe care o eventuală terapie psihiatrică bine orientată antropologic ar putea-o, uneori, descătușa și potența.

Ar fi bine să credem că în fiecare om zac imense rezerve de spontaneitate, forță de bucurie, împlinire și fericire. Cu această convingere în față, nu vom obosi sau renunța de a fi psihiatri și psiho-terapeuți.

CAPITOLUL 13

EPILOG

BIOGRAFIE ȘI DESTIN ÎN PERSPECTIVĂ PSIROPATOLOGICĂ

Existența printre oameni a unora care sînt devianți sau aberanți (bolnavi) psihic nu poate fi considerată întîmplătoare. Ea se articulează strîns cu prezența concomitentă în aceeași lume culturală a unei mari varietăți de oameni „normali” și „hiper-normali”, a multor personalități puternice și a creatorilor. S-ar putea oare ca vreodată, o societate să elimine din sînul ei toată zona de boală, suferință și aberație negativă, psihopatologică și să mențină doar ceea ce e echilibru, fericire, forță și creativitate? Acest fapt e puțin probabil din principiu căci, s-ar putea realiza doar dacă toți oamenii ar ființa la același nivel uniform; orice plusvaloare umană ar avea de la început un decalaj și polarizările s-ar reface.

Această teză a inegalității de principiu a oamenilor – desigur nu din punct de vedere juridico-economic ci din punct de vedere a diversității și nivelului valoric al existenței persoanei – urmează

să fixeze și obiectivele psihopatologiei și a practicilor umane ce se bazează pe ea. Și anume, nu se poate pune problema de a eradica diferențele dintre oameni, apariția și existența persoanelor cu intelect mai redus, cu disabilități de relaționare socială, cu dezechilibrare afectivă și inhibiții nevrotice, sau cu tulburări psihotice. În schimb, se poate urmări ca cei vulnerabili și predispuși să fie protejați, tulburările și deficiențele să fie minime, persoana și colectivitatea să sufere mai puțin de pe urma lor, să existe o permanentă protecție și protejare a deficiențelor. În plus e de dorit ca persoana vulnerabilă sau suferindă să participe activ la diminuarea minusurilor sale printr-un stil de viață adecvat, prin colaborare cu profesioniștii și societatea, însușindu-și un auto-control util precum și o filosofie de viață care acceptă lucid cota sa de minus și suferință, pe care să n-o împiedice să trăiască o existență marcată și de aspecte pozitive. Iar societatea, la rîndul său, să accepte faptul inevitabil că o parte din membrii săi sînt defectivi și bolnavi, să se pregătească pentru a-i ajuta nu doar medical ci și prin comprehensiune, sprijin, protecție și integrare, ca pe o parte integrantă a ființei sale. Atît persoana cît și familia sau colectivitatea, urmează să accepte cu luciditate acest „destin”.

Un alt aspect la fel de important și complex este cel al condiționării tulburărilor psihice, a determinismului lor. Dacă abordăm problema doar din perspectiva cazurilor psihopatologice, lucrurile par ceva mai simple; cumulara și conjugarea unor factori și influențe nocive (genetice, din perioada gestației, perinatale, postnatale-biologice și mai ales psiho-sociale) pot participa la constituirea unei persoane cu o structură particulară și vulnerabilă; alți factori pot fi identificați și presupuși a condiționa momente de viață cu vulnerabilitate crescută iar alții se relevă ca factori determinanți sau declanșatori. Se constituie astfel un model inteligibil, chiar comprehensibil privitor la determinismul „neliniar” a stărilor psihopatologice. Problema devine mai puțin simplă dacă luăm în considerare și persoanele normal-echilibrate precum și cele puternice și creatoare. Urmărirea aceluiași model al determinismului cumulativ-nelinier poate conduce la faptul că în unele cazuri diferența să poată fi evidențiată iar în alte cazuri nu. Întrebarea: care sînt cauzele (determinismul) care face ca un anume om să ajungă la tulburări psihice clinice are ca variantă întrebarea: – care sînt cauzele sănătății psihice a oamenilor? Și, mai mult, întrebarea: – care sînt cauzele genialității? Dincolo de

factorii pe care analitic îi putem clarifica – și progresul științei ne lasă să sperăm că vom clarifica tot mai mulți factori relevanți – va rămâne în permanență un rest. O formulare de tipul: „va ajunge știința la nivelul în care să controleze (programeze) nașterea și dezvoltarea doar a unor oameni echilibrați, puternici și geniali?” nu are sens, deoarece ar anula variabilitatea existenței și cota parte inevitabilă de aleator în ceea ce privește existența indivizilor pe fondul echilibrului social global prezumat.

Psihopatologia s-a dezvoltat în secolul XX pe baza unor doctrine personologice-antropologice, a unor teorii și cercetări factologice. Dar, la fel ca majoritatea științelor umane în centrul ei a stat studiul cazuistic. Identificarea, descrierea și interpretarea cazurilor, a susținut atât marile doctrine (ca psihanaliza, psihopatologia fenomenologică etc.) cât și studiul clinico-nosologic. Marile personalități ca de exemplu Charcot, Kraepelin, Janet, de Clerambault, Ey, Kretschmer, Wirsich și mulți alții au adus importanța lor contribuție cultivând comentariul cazuistic. În această perspectivă, Jaspers a teoretizat importanța „cazului tipic-exemplar”, cazul pregnant care bine evidențiat devine semnificativ, un centru de referință pentru o întreagă problemă cazuistică, valorind mai mult decât nenumăratele studii statistice care se rezumă la date superficiale. Dar, un astfel de caz-tipic nu se poate reduce doar la momentul său psihopatologic ci se cere analizat în ansamblul său, din perspectiva biografiei sale.

Biografia poate fi considerată și ca un gen istorico-literar, în măsura în care ea s-a preocupat de povestirea vieții oamenilor celebri. Literatura romanească a cultivat și biografii ale oamenilor obișnuiți, desigur cuprinși în rețeaua de interrelații semnificative a lumii lor umane. Psihopatologia teoretică se sprijină și ea pe biografii, care încearcă să facă cât mai comprehensibilă apariția și manifestarea unei anumite tulburări psihice, a unui anumit comportament deviant. Psihopatologia clinică la rîndul său se bazează în întregime pe biografie, doar că acum – la nivelul fiecărei foi de observație de exemplu – ea este rezumativă, redusă la câteva elemente schematice și esențiale. Studiul clinico-cazistic reunește un număr de cazuri similare din punct de vedere psihopatologic, reconstituind pentru fiecare și parametrii biografici de bază. La un nivel abstract și schematic, aceștia se reduc la câteva elemente cum ar fi: încărcătura genetică,

problematica corelată parturii și nașterii, ambianța familială în care copilul se dezvoltă, ritmul, evenimentele somatice și de criză psihică ale acestei dezvoltări, evenimentele de viață mai importante din cursul biografiei, educația și școlarizarea, exercitarea profesiei, întemeierea unui cămin și a unei familii proprii, nașterea și educarea propriilor copii, manifestările în mijlocul lumii umane proprii, cu toate relațiile sociale, evenimentele și schimbările de viață ce se produc. O astfel de minibiografie e prezentă de exemplu în F. obs. standardizată AMDP. Desigur, parametrii biografici pot fi pe de o parte nuanțați și amplificați iar pe de altă parte reduși la câteva „date biografice“.

Biografia, ca gen istorico-literar este completată în cadrul vieții sociale și de alte modalități mai mult sau mai puțin uzuale cum ar fi: biografia ce se cere în cazul unei angajări sau promovări, cea prezentată public pentru cei ce vor să ocupe posturi importante în societate, cea ținută în seifurile unor agenții secrete care se interesează de diverse persoane, autobiografiile pe care persoana le prezintă în diverse împrejurări etc.

Biografia, în toate variantele ei poate fi considerată ca obiectul unei științe speciale. Până în prezent, teoria și știința biografiei – așa de importantă pentru psihopatologia clinică – nu este încă suficient de dezvoltată. Totuși, pare evident că ea urmează să evidențieze atât aspectele „exterioare“ succesive ale vieții unui om, cât și ambianța umană (nișa ecologică umană) din care el provine și în care crește, se dezvoltă și se afirmă în contextul multiplelor relații interpersonale, realizate la diverse distanțe psihologice și implicând contacte și legături cu varietate stabilitate. În plus, orice biografie nu poate ignora pe de o parte atmosfera socio-istorică în care se desfășoară existența persoanei și șansele (sau neșansele) la care ea este expusă (și care se prezintă cu mai multă sau mai puțină necesitate sau valoare aleatorie); iar pe de altă parte biografia nu poate ignora structura și interioritatea persoanei, inteligența și cunoștințele sale, sistemul său de nevoi și motivații, expectanțe, proiecte, speranțe, convingeri etc. Toate acestea din urmă asigură nu doar un profil caracterial (tipologic și individual); ci, în plus, ele se realizează sub arcu de boltă a libertății interioare, a imaginarii creator și al conștiinței morale. Există deci o biografie exterioară, vizibilă și care implică pe alții, care lasă urme (inclusiv opere, creații); și o biografie interioară,

organizată prin proiecte și sensuri, bucurii și suferințe, prin responsabilitate asumată.

Pentru utilitatea psihiatriei clinice este utilă elaborarea unui model a perspectivei biografic-structurale a persoanei care să constituie o instanță de referință pentru o gândire clinică complexă și să încerce de clarificare a determinismului neliniar al apariției stărilor psihopatologice. Un astfel de model ar putea să se dezvolte pornindu-se de la ideea „ciclurilor vieții” înțelese nu doar în sensul restrâns al cronologiei ci într-un sens mai larg, care presupune angajarea dinamică a persoanei în proiecte de viață ce implică și alte persoane; mai ales pe cei din ambianța socială proximă: familia de origine, familia proprie, căminul plasat în comunitate, ambianța educativă și profesională, alte zone de relație și interacțiune socială. În toate aceste domenii se desfășoară programe (parcursuri) existențiale ce au un început și un sfârșit, reluându-se eventual într-un alt context. Un ciclu educativ școlar se încheie cu examene și poate eventual continua în altă instituție de învățământ, în altă localitate. Curtarea unei fete se poate încheia cu căsătoria, cu planificarea unui copil, cu nașterea acestuia; dorința de a avea un cămin propriu cere un proiect existențial ce se realizează cu eforturi mai mulți ani, pînă ce casa personală e terminată și mobilată etc. Astfel de „parcursuri existențiale” se desfășoară în paralel din perspectiva diverselor cicluri suprapersonale (în familia proprie și de origine; la muncă și la școală, pentru schimbarea locuinței și în cadrul relațiilor cu membrii propriului partid politic etc.). În fiecare din aceste domenii se depune efort, sînt trăite stressuri și satisfacții. Uneori, stressurile și satisfacțiile se pot cumula la un moment dat din mai mulți ani; sau eforturile și stressurile dintr-un ciclu sînt compensate prin satisfacțiile din altul.

Aceleași domenii care au fost menționate mai sus ca și constituind principalele cicluri suprapersonale ale vieții individului sînt și cele din care apar persoanele ce se constituie ca sursă de suport social. Și la fel, reprezintă domenii în care se manifestă competențele și abilitățile persoanei în cadrul exercitării rolurilor sociale. Astfel încît, urmărirea ciclurilor vieții, a dinamicii lor, a schimbărilor ce se petrec în cadrul acestora, ar permite clarificarea de ansamblu a abilităților persoanei, satisfacțiilor și stressurilor ce se corelează la un moment dat cu rețeaua socială proximă. Fapt ce ar putea clarifica creșterea sau scăderea circumstanțială a vulnerabilității.

În perspectiva biografică, diacronă, a ciclurilor vieții se pot și se cer identificate și bolile somatice (acute și cronice), toxicomaniile și crizele psihologice. Și acestea pot aduce clarificări asupra vulnerabilității persoanei la un moment dat. Cele menționate mai sus ar putea fi figurate schematic așa cum sînt prezentate în schema de la pag. 348 la punctul B.

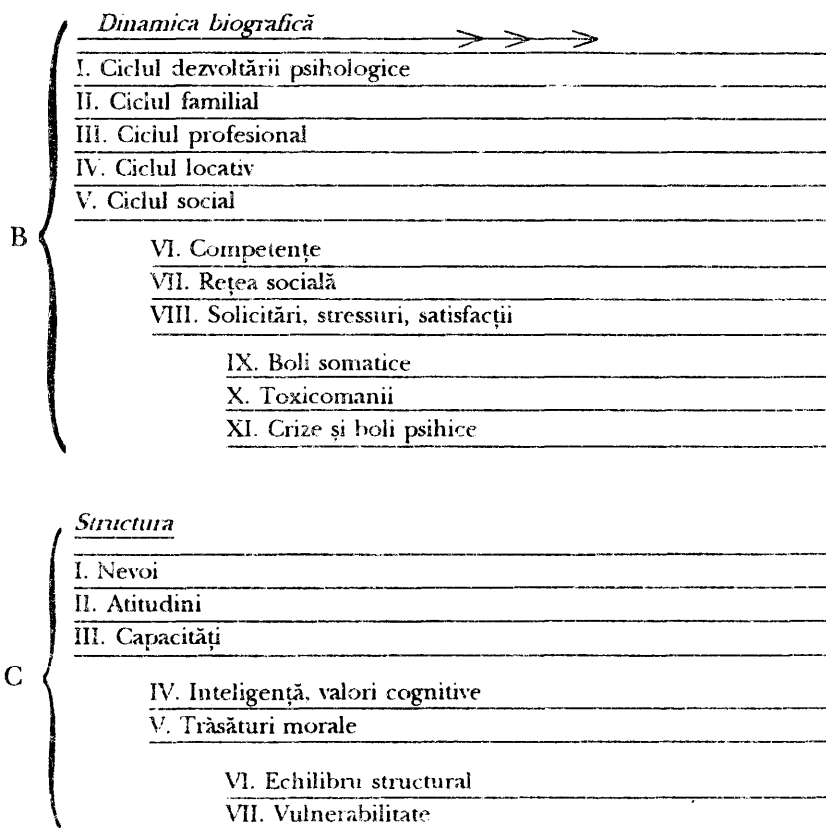
Urmărirea dinamicii biografice după perspectiva menționată mai sus are semnificație doar dacă este corelată cu elementele structurale ale persoanei. Acestea sînt pe de o parte condiționate de factori genetici și care se constituie în primii ani de viață (deci pînă nu putem vorbi de o biografie propriu-zisă a persoanei) constituind un fel de „date fixe” pentru restul dinamicii vieții.

Pe de altă parte, alte aspecte structurale se diferențiază și se organizează în cursul personogenezei și a întregii vieți. Astfel ar fi: nevoile (resimțite), atitudinile (interpersonal-sociale), capacitățile (abilitățile), inteligența și valorile cognitive, concepția despre viață și conștiința morală. Ar mai putea fi menționat „echilibrul” structural al persoanei și ceea ce s-ar înțelege în sens larg prin vulnerabilitate de fond. Aceste aspecte interacționează evident cu desfășurarea ciclurilor vieții, derivînd parțial din ele; dar și imprimînd particularități desfășurării acestora. Dar, mai ales, elementele structurale joacă un rol bazal în condiționarea competențelor, rețelei sociale și a stressurilor (nesatisfacțiilor). Aceste interacțiuni complexe se cer avute mereu în față atunci cînd analizăm biografia unui caz, particularitățile sale și eventuala apariție a tulburărilor psihice. Vom schematiza aceste aspecte astfel:

Imaginea de ansamblu a matricei și a principalelor interrelații

Date bazale – fixe

		comentarii	interpretări
A	I. Rasă		
	II. Sex		
	III. Genetică		
	IV. Sarcină, naștere		
	V. Limba maternă		
	VI. Dezvoltare pînă la 3 ani		



Această perspectivă de ansamblu ar putea ajuta la o mai bună înțelegere a vulnerabilității de fond și circumstanțiale; ceea ce vom încerca să sugerăm mai departe.

Înainte de a trece în revistă pe scurt aspectele menționate e necesar să mai subliniem că perspectiva structural-dinamică pe care o invocăm are la bază spontaneitatea intențională a persoanei. Încă la nivel biologic, copilul mic se raportează activ la ambianță, caută, investighează, provoacă, astfel încât el reacționează în mare măsură la situațiile pe care le induce. Desigur, ofertele și stimulările ce vin din exterior sînt la fel de

importante; dar nici o clipă individul uman nu poate fi conceput doar ca o ființă reactivă. Pe măsură ce individul se dezvoltă, acest aspect intențional devine mai variat și mai evident sub forma inițiativei, co-participării, imaginării, acțiunii voluntare și inclusiv a refuzului de răspuns și colaborare. La vârsta tină și adultă subiectul este cel ce inițiază și se angajează în proiecte de acțiune, de durată mai scurtă sau mai lungă, bineînțeles, în cadrul ofertelor, schimbărilor și șanselor existente. Prin definiție, *persoana umană nu este una pasiv-reactivă, ci una dinamic-proiectivă, definită prin conștiința sa intențională, care vizează lumea atît pentru a o înțelege, cît și pentru a și-o configura imaginar, a construi proiecte, a acționa, a crea, a se autodetermina*. Intenționalitatea activ-creatoare presupune libertatea conștiinței. În plus, ea nu se manifestă doar în plan comportamental vizibil, ci și în plan imaginativ sau proiectiv. S-ar mai putea susține că momentul inițial, al angajării într-un proiect existențial, este un moment mobilizator pentru forțele persoanei, cînd energiile sale se condensează și vulnerabilitatea scade. Invers, finalul unui program lipsit de noi proiecte (mai ales dacă este vorba de un eșec) reduce energiile și crește vulnerabilitatea.

În completarea acestei înțelegeri intenționale se cere subliniată și perspectiva cognitivă, comprehensivă. Individul reacționează față de acele evenimente ce se petrec în lumea sa, pe care le înțelege (într-un anumit fel) și care-l afectează. Ori, prin însăși istoria lui de viață, prin firea sa și prin parametrii circumstanțiali, persoana „selectează” și interpretează elementele cu care vine în contact. El este de obicei „poziționat” într-un anumit fel față de realitate, are o anumită experiență și concepții, care-l fac să decodeze într-un mod personal realitatea și să reacționeze corespunzător. Aspectul activ intențional al existenței persoanei se face, deci, resimțit și în acest plan cognitiv-comprehensiv.

În continuare, vom încerca o prezentare schematică a elementelor invocate pentru un model biografic util psihopatologiei. Schematismul este cultivat cu intenția de a sugera programe de cercetare care să se apropie cît mai mult de cele „empirice”, dar, cu conștiința faptului că există și un alt versant al interpretării posibile a acestui model, în direcția fenomenologic-antropologică. Astfel – ca să folosim un singur exemplu – cînd un copil de vîrstă școlară dispăre sau moare, pe schema

noastră abstractă (dezvoltată pe baza modelului european AMDP programat să fie rulat pe calculator) se notează un simplu semn: de exemplu semnul ↗, ceea ce semnifică (generic și fără specificări) ieșirea persoanei respective, a copilului respectiv din sistemul de interrelații și interconexiuni existențiale semnificative al familiei respective și, în genere, ieșirea lui din lumea umană a contactului și relațiilor nemijlocite, concrete. Semnificația acestui eveniment pentru fiecare din membrii familiei respective, pentru colegi, prieteni, vecini, educatori și, în general, pentru toți cei ce l-au cunoscut și eventual iubit nu este evidențiată prin acest semn. Ea poate totuși rezulta din prezentarea și analiza metamorfozelor dinamic-semnificative a colectivităților în mijlocul cărora persoanele umane (chiar cele în formare) se afirmă și se manifestă. Acesta este, însă, un alt demers metodologic, analitico-hermeneutic care, desigur, se bazează pe înregistrarea „faptului” obiectiv al dispariției copilului respectiv din acea familie; dar care se dezvoltă în cu totul alte direcții decât cele statistico-matematice. Această observație o considerăm valabilă pentru interpretarea corectă a tuturor paginilor următoare.

A

Ceea ce am delimitat mai sus ca și „date fixe” (A) joacă un rol important atât în înțelegerea biografiei, cât și a vulnerabilității pentru apariția deviațiilor și tulburărilor psihopatologice. Influențele genetice, de exemplu, reprezintă în primul rând o perspectivă biologică. Trebuie considerată, însă, ca având importanță nu doar prezența unor boli psihice clar definite în familie, la diverse grade de rudenie, ci și prezența unor tulburări „marginale” – sau de spectru – cum ar fi alcoolismul, deviația comportamentală psihopatică (cu infracțiuni), capacitățile deosebite (creatoare sau de afirmare socială), particularitățile caracteriale cu expresivitate subclinică (persoane „schizoide-bizare”, persoane hiperexpresive-histrionice, persoane ciclotime, persoane anankaste-perfecționist-pedante, persoane ciclotime, hipertime, euforice, persoane explozive, persoane pasiv-dependente-abulice etc.). Cel puțin aspectul temperamental are o bază biologică și se poate transmite genetic prin cumulare, putându-se atinge pragul de „ruptură” psihopatologică. Tot în perspectivă genetică pot fi cotate

prezența semnificativă a anumitor „boli”, a căror vulnerabilitate transmisibilă este cunoscută: hipertensiunea arterială, diabetul zaharat, ulcerul duodenal, poliartrita reumatoidă, chiar și cancerul în anumite sectoare ale sale. Corelațiile între condiționarea genetică a vulnerabilității pentru unele tulburări psihice (de exemplu, depresie) ori somatice (de exemplu, hipertensiunea arterială) nu este încă clară și reprezintă un important domeniu de cercetare. Ar mai fi de adăugat faptul că genetic pot fi condiționați și alți parametri predominant biologici ai persoanei, cum ar fi talia, greutatea, morfologia, trăsăturile caracteristice ale feței și craniului, mărimea ventricolilor cerebrali, precum și unele particularități instinctivo-reactive. În acest domeniu, plurifactorialitatea este așa de mare încât ea nu poate fi, în prezent, controlată riguros științific (matematic), și se ridică problema dacă va putea fi vreodată controlată, dată fiind varietatea exponențială a surselor genetice. Totuși, acest punct de plecare genetic-biologic este important pentru a stimula o gândire genetic-antropologică, care să includă și ansamblul factorilor familiali, sociali și culturali ce participă la formarea unei persoane. Înțelegerea unui individ determinat progresaază enorm dacă-i cunoaștem cât mai bine familia în sens larg – părinții, frații, bunici, unchi etc. – atît din punct de vedere a caracteristicilor biologice, cît și ale celor temperamental-caracteriale și psihologic-spirituale. Se creează astfel „fundalul” deasupra căruia „figura” persoanei în cauză se configurează mai pregnant, desigur, în contextul cultural istoric dat.

Am început acest comentariu cu aspectul genetic deoarece acesta are o replică evidentă în specificul lumii umane (probleme asupra căruia vom reveni). Ceilalți parametri invocăți la punctul A își au, desigur, importanța lor. Rasa, după cum se știe, poate favoriza sau proteja, în perspectiva vulnerabilității, față de anumite boli (în măsura în care conceptul de „rasă” poate fi acceptat prin definiții operaționale). În egală măsură un astfel de rol îl poate juca sexul. Dar, la acest nivel ne aflăm din nou într-o importantă zonă de interferență între biologic și antropologic. Sexualitatea umană are multiple componente: cromozomială, cea care se evidențiază prin organele sexuale și caracterele sexuale secundare, cea caracteristică glandelor sexuale cu produsul lor extern și intern, configurația hormonilor sexuali, caracteristicile morfologice, pulsionale și temperamentale de sex, caracteristici psihologico-

comportamentale (specifice unei culturi), particularitățile atracției sexuale față de un partener uman, statutul și rolul social, precum și identitatea socială de sex. Toate acestea se pot constitui la o persoană dată în constelații congruente și unitare sau în formule particulare, cu anumite elemente necongruente cu ansamblul. Desigur, la nivelul inițial, cel al „datelor fixe”, doar o parte din aceste aspecte sînt constituite. Totuși, cele esențiale sînt, de obicei, prezente: morfologia externă, structura glandulară, identitatea sexuală socială.

Influențele bio-psihologice care pot interveni în cursul parturirii și nașterii pot fi specifice și nespecifice. Factorii nespecfici pot accentua mai ales vulnerabilitatea genetică.

Limba maternă împreună cu religia în care individul este educat îl introduc, de la început, într-un anumit univers cultural. Pînă la vîrsta de 3 ani acesta este doar schițat, dar, uneori, bazele stabilite acum pot fi deosebit de ferme.

Dezvoltarea de ansamblu bio-psihică pînă la 3–4 ani stă la baza metamorfozelor ulterioare. Defectele (înnăscute) somatice, senzoriale, neurologice, de inteligență sau de relaționare socială, ce se manifestă de pe acum, stau la baza dezvoltării ulterioare a personalității. Parametrii de luat în discuție și de analizat sînt multipli, astfel încît problema poate fi doar semnalată la acest nivel.

B

În continuare, se va prezenta, cît se poate de schematic, capitolul B, cel al dezvoltării dinamic-biografice, dintr-o perspectivă care dezvoltă fișa 3 din AMDP. (a se vedea și schema 26, p 405)

I. CICLUL DEZVOLTĂRII PSIHOLOGICE

Dezvoltarea psihologică normală se realizează prin etape succesive, prin achiziții progresive, prin perioade relativ constante de progresie între care se interpun perioade mai scurte de „criză” (atît în cursul personogenezei, cît și la vîrsta adultă sau a treia).

Periodizarea acestei desfășurări din perspectiva „ciclurilor psihologice ale dezvoltării” este mai evidentă și mai mult studiată în prima parte a existenței subiectului, în cea a formării sale ca persoană adultă. La acest nivel se întâlnesc momentele de „criză psihologică a dezvoltării” destul de bine cunoscute, de la vârste de 3-4 ani, 13-15 ani, 17-19 ani. Dar și pentru vârsta adultă se consideră că există cicluri de aproximativ 15 ani, marcate (pentru bărbați) de momente critice la 25, 40, 55 ani; fiecare dintre acestea subdivizându-se în subcicluri de câte $\times 5$ ani (Lewinson).

Ciclul dezvoltării psihologice este elementul de referință pentru comentarea celorlalte (4) cicluri ale vieții ce vor fi menționate în continuare. În cadrul său se pot constata și evidenția:

1. Întârzieri ale dezvoltării, recuperabile ulterior;

2. Accentuarea unor perioade critice firești;

Ca o consecință a perturbării personogenezei pot apare și stări defective, mai precis:

3. Defect intelectual = oligofrenie;

4. Defect de comunicare = autism infantil;

5. Defect tipologico-comportamental = personalitate dizarmonic psihopată.

Ciclul dezvoltării psihologice interferează cu celelalte 4 cicluri ale vieții (ce vor fi prezentate în continuare) și devine mai comprehensibil dacă e privit și evaluat împreună cu acestea.

În afara perspectivei „exterioare” pe care o înregistrează prezentul proiect de investigare, există și o perspectivă „interioară” a trăirii subiective a biografiei și care constă din semnificația resimțită a trecutului și prezentului, din așteptările, speranțele și „proiectul existențial propriu”, precum și din sensurile valorico-morale care centrează existența personală (acest aspect poate fi comentat separat).

II. CICLUL FAMILIAL

Urmărirea dinamică a integrării și corelațiilor subiectului cu acest ciclu suprapersonal se poate realiza, utilizându-se următoarea schemă de ansamblu:

Familia de origine	8. Substituenți familiari
	7. Alți membri ai familiei
	6. Frați
	5. Tata
	4. Mama
	3. Relațiile între părinți
	2. Atitudine educativă față de copil
	1. Atitudinea copilului față de părinți

subiect

familia proprie	1. Relațiile cu familia de origine
	2. Partener
	3. Relațiile între parteneri (ciclul relațiilor conjugale)
	4. Copii
	5. Alți membri ai familiei

În cadrul notării pe o diagramă evolutivă a principalelor evenimente ce au loc în ciclul familial se pot folosi unele simboluri care să ușureze viziunea de ansamblu:

- Simbolul cel mai frecvent este $\searrow$ = intrare și $\nearrow$ = ieșire. Acestea se referă la toți membrii familiei (de origine și proprie), putând avea mai multe semnificații:

$\nearrow$ = dispariție pentru o perioadă semnificativă (sau definitivă a părinților, partenerului, copiilor sau altor membri ai familiei; ceea ce poate însemna:

a. plecare condiționată (emigrare, călătorie prelungită, detenție etc.) cu menținerea legăturilor și așteptare;

b. despărțire faptică, cu menținerea unor legături de diverse tipuri;

c. despărțire cu ruperea legăturilor;

d. moarte sau dispariție (ruperea definitivă a legăturilor)

$\searrow$ = apariție, introducere și prezență; ceea ce poate însemna:

a) nașterea unui frate sau copil;

b) apariția unui părinte după o îndelungată absență;

c) apariția unui echivalent paternal (părinte vitreg), conjugal (relație amoroasă, concubinaj, recăsătorie) sau filial (adopțiune). Aceste evenimente-situații pot fi concomitente cu alte situații ce persistă (de exemplu, o relație amoroasă extra-conjugală);

d) apariția unui nou membru în familie;

e) apariția unui echivalent paternal-familial (ce se cere specificat).

– Alt simbol posibil este x sau $\underline{x}$, adică prezența unui eveniment secvențial sau al unui eveniment urmat de consecințe durabile la unul din membrii familiei. Mai importante sînt: – accidentele; – bolile; – evenimentele stressante (de pierdere etc.); – handicapurile fizico-psihoice etc. În legătură cu toate aceste simboluri („notări”) de evenimente ce se petrec reamintim observația făcută la începutul acestui paragraf referitor la faptul că un eveniment petrecut trebuie decodificat prin semnificațiile și sensurile pe care el îl reprezintă pentru o persoană dată din anturajul său.

Tot pentru utilitatea unei schematizări se poate folosi următoarea *tipologie a relațiilor interpersonale dintre membrii familiei*:

a) relații de mutualitate, de comprehensiune, dragoste, sprijin, implicare reciprocă, educare;

b) relații de răsfăț, alintare, îndeplinirea tuturor dorințelor;

c) relații de dominare/dependență. Pe de o parte, dominare, dirijare, control, inhibarea individualității, inițiativei și independenței celuilalt; pe de altă parte, supunere acceptată sau incapacitate de ripostă.

d) relații ostile și tensionate. Pe de o parte, critică, frustrare, insulte, sancțiuni, pe de altă parte, ripostă similară, rezultînd o continuă stare de tensiune și conflict. Aceasta poate rezulta și din raportul dominare-opozitivitate;

e) relații ambivalente sub diverse forme, constînd în conflicte și împăcări sau în inconsecvență și lipsă de logică a sancțiunilor și recompenselor.

f) relații de rejecție, respingere, excludere;

g) relații de indiferență, de neglijare, ignorare a celuilalt.

Astfel de relații pot exista între toți membrii familiei atîta vreme cît există o legătură sau o relație de interdependență reciprocă ce funcționează efectiv (adică, nu este prezentă indiferența reciprocă). Există, desigur, diverse particularități și anume:

– *Relațiile între partenerii conjugali*. Acestea interferează cu ciclul relațiilor conjugale care va fi comentat în continuare. Va exista, desigur, o diferență de perspectivă, trăire și înțelegere în

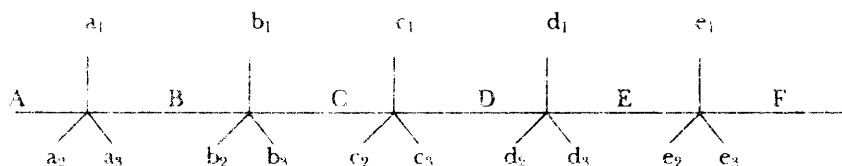
cazul în care pacientul este un copil care resimte relațiile dintre partenerii conjugali, care sînt părinții săi ori dacă pacientul este unul din partenerii unui cuplu (sau alt membru al familiei ce conviețuiește cu un cuplu).

– *Relațiile (atitudinale) educative dintre părinți și copii.* Acestea se pot înscrie în aceleași categorii. Va exista, de asemenea, o diferență între situația pacientului copil, care resimte și evaluează relația lui educativă cu părinții și cazul în care pacientul este un părinte care evaluează relațiile cu un copil pe care îl educă.

– Același fel de relații pot fi prezente *între diverși membri ai familiei.*

Pentru o caracterizare de ansamblu a familiei e necesar să se precizeze și coalițiile intrafamiliale. Privitor la relațiile dintre membri se mai cer comentate două aspecte speciale:

– *Ciclul relațiilor conjugale.* Acesta poate fi caracterizat prin perioade și secvențe pentru care sugerăm următoarea schemă:



Perioada

Secvența

A = curtarea (prietenia) —————→ a_1 = căsătorie/ a_2 = concubinaj/
 a_3 = eșec

B = planificarea unui copil —————→ b_1 = nașterea/ b_2 = adopțiunea/ b_3 =
= abort, moartea copilului.

C = dizarmonie familială —————→ c_1 = împăcare/ c_2 = despărțire/ c_3 =
= divorț

D = boala partenerului —————→ d_1 = vindecare/ d_2 = defect/ d_3 = deces

E = inițierea unei noi legături —————→ e_1 = recăsătorie/ e_2 = concubinaj/ e_3 =
= eșec

F = armonie, înțelegere și alte variante.

Variantele 1 sînt cele ale schimbărilor și evenimentelor de viață pozitive, iar variantele 3 sînt cele ale eșecului, evenimentului, schimbării și, în general, ale stressului negativ.

– *Atitudinea copilului față de părinți (ambii sau unul)*

a) afecțiune echilibrată, încredere, colaborare (ascultare rațională);

b) atașament excesiv;

c) opozitivitate (explicit exprimată sau sub formă pasiv-agresivă);

d) ostilitate;

e) frică exagerată;

f) atitudine ambivalentă;

g) indiferență.

– Un aspect important reprezintă tipologia caracterială a membrilor familiilor, dar acest aspect nu îl mai comentăm la acest nivel.

– Legăturile și interrelațiile cu membrii familiei se regăsesc în perspectiva funcționării sociale, a rețelei de suport social și ale influențelor psiho-sociale (stimulări, stressuri, satisfacții).

III. CICLUL INSTRUCTIV-PROFESIONAL

Instrucția se referă la învățarea în condiții socialmente standardizate. Profesia se referă la exercitarea unei activități din care rezultă un venit. Alte ocupații cum ar fi cele gospodărești, de hobby, politice sau religioase sînt menționate separat. Totuși, unele perioade de viață sînt caracterizate prin neînscriserea în nici unul din aceste modele comportamentale. De aceea, ar putea fi utilizate trei axe:

1. Ciclul instructiv
2. Ciclul profesional
3. Alte programe și anume:

a) Perioade de inactivitate (în care nu e prezentă nici activitatea gospodărească, politică, religioasă sau de hobby sistematic); – poate fi o perioadă de vagabondaj, distracții facile, comportament anormal.

b) Șomaj.

c) Perioada efectuării stagiului militar.

d) Perioadă de detenție.

e) Pensionare de boală, parțială sau totală; eventual cu internare.

f) Pensionare de vîrstă, fără un program complementar.

g) Altele.

Simbolurile ce ar putea fi utilizate: $\searrow$ intrarea într-un tip de program instructiv sau profesional; $\nearrow$ = ieșirea dintr-un astfel de program urmată de o pauză; $\times$ = modificarea în sens de trecere într-un nou ciclu instructiv sau profesional de nivel superior sau inferior (ultima eventualitate doar pentru profesie). În corelație directă cu exercitarea unei activități profesionale este venitul personal care joacă un rol esențial în suportul social real, în întreținerea gospodăriei și în perspectiva stimei de sine a subiectului.

Ciclul instructiv-profesional interferează, de asemenea, cu parametrii VI, VII, VIII:

VI. Diverse roluri sociale se pot realiza cu diverse nivele de competență în acest ciclu.

VII. Rețeaua de suport social poate avea o serie de membri din acest ciclu.

VIII. Din acest ciclu poate deriva:

– Suprastimularea în sens de: – solicitare epuizantă (prin efort cantitativ, responsabilități, stil și ritm de muncă; toate raportate, desigur, la caracteristicile și capacitățile persoanei; – în sens de solicitare stimulantă prin sens pozitiv al unei activități cu semnificație de împlinire, de reușită; – substimularea prin vacanțe și inactivitate nedorită; – stressul negativ secvențial și persistent; – satisfacții de viață.

Desfășurarea și aspectele dinamice ale ciclului instructiv-profesional este în strînsă legătură cu particularitățile tipologico-caracteriale ale persoanei și, în primul rînd, cu capacitățile și abilitățile acesteia. Ea mai depinde și de inteligența și capacitățile funcționale cognitive ale subiectului.

IV. CICLUL LOCATIV-GOSPODĂRESC

Locuința proprie reprezintă o necesitate biologică care în perspectivă antropologică capătă semnificații speciale, ca loc al vieții intime și al siguranței protejate. În spațiul locuinței se consumă legăturile cu partenerul și, în general, relațiile familiale. De asemenea, se cer rezolvare o serie de probleme gospodărești care sînt o extindere a auto-îngrijii. Gospodărirea poate fi corelată mai mult sau mai puțin cu ciclul vieții productive. În sfîrșit, în această zonă de existență se consumă o serie de relații social-interpersonale constante, cele cu membrii familiei, cu cei ce locuiesc împreună într-un anumit spațiu locativ, precum și cu vecinii.

Principalii parametri de urmărit și caracterizat ar fi:

1. Existența unei locuințe proprii (a persoanei, a cuplului, a familiei sale) într-o perioadă anumită a vieții. Alternative:

- a) locuire la rude, ca acceptat temporar;
- b) locuire în instituții publice, mai mult sau mai puțin temporar (cămin, hotel, spital etc.).

2. Condițiile umane ale locuirii: spațiu, căldură, lumină, apă, mobilă, etc. Acestea pot fi bune sau proaste (+, -).

3. Condițiile umane ale locuirii într-o locuință-gospodărie în perspectiva aglomerației și a asigurării spațiului intim. Variante:

- a) locuiește singur;
- b) locuiește cu partenerul sau cu familia (în locuință proprie sau închiriată), dar fără aglomerare mare în raport cu spațiul existent;

c) aglomerare mare, deci, contact permanent în spațiu intim, cu multe persoane. Aglomerarea are un impact direct asupra intimității. Oricum, totdeauna contează măsura în care individul are spațiul său propriu, intim, în care se poate retrage și pe care-l poate amenaja cum vrea.

4. Activități gospodărești = sarcini în gospodărie; deloc, puține, multe, foarte grele (-, ±, +).

5. Relații cu vecinii: bune, ambivalente, indifferente, rele (+, ±, -).

În cadrul acestui ciclu se desfășoară câteva aspecte ale rolurilor sociale (VI) (de conducere sau rezolvare a problemelor gospodărești, de autoîngrijire). Rețeaua de suport social (VII) se poate constitui atât din membrii familiei care locuiesc, de obicei, în spațiul locativ-gospodăresc, cât și din alte persoane (ne-rude) ce trăiesc în același spațiu, inclusiv din vecini. În sfârșit, nivelul stimulărilor, stressurilor negative și satisfacțiilor (VIII) se realizează și prin intermediul acestui ciclu.

Trebuie să se țină seama și de particularitățile tipologico-caracteriale ale persoanei, de diversele sale nevoi, atitudini, capacități care-și pot găsi la acest nivel satisfacții sau insatisfacții.

V. CICLUL ACTIVITĂȚILOR ȘI RELAȚIILOR SOCIALE

În afara vieții și activității în familie și gospodărie (care implică și relațiile cu vecinii) și a celor de la locul de muncă și instrucție (ambele presupunând relații interpersonal-sociale constante, cu tot ceea ce acestea implică) mai există și alte forme de afirmare socială ale persoanei dintre care cele mai importante sînt: activitate de tip hobby, politică, religioasă și relațiile de prietenie. Pentru o anumită persoană, preocupările în aceste direcții pot fi mai mult sau mai puțin prezente și mai mult sau mai puțin socializate; fapt ce depinde de particularitățile structurale ale subiectului. S-ar putea astfel urmări:

1. *Activități tip „hobby”*. Măsura în care există și în ce domeniu (sport ca practicare sau ca spectator-comentator, jocuri de perspicacitate sau de noroc, excursii, colecționarism etc.): +, ±, -.

2. *Politica și activități publice, civile*. Măsura în care există o preocupare importantă, ca participare activă sau pasivă: +, ±, -.

3. *Religia*. Participare la ritualurile, la viața și activitatea grupurilor cu preocupări religioase ale unei anumite comunități: +, ±, -.

4. *Relații de prietenie*. Acestea pot fi:

a) De tip „club”, mai mult sau mai puțin corelate cu hobby, politica și religia sau ca centru de întâlnire socială (cu alcoolizare sau sub forma alcooliceilor anonimi etc.): +, -;

b) De tipul prietenilor familiale: +, -;

c) De tipul prietenilor personale: +, -.

În ansamblu, aria afirmării sociale extrafamiliale și extraprofesionale poate fi analizată și din următoarele perspective:

- ca domeniu de afirmare a unor roluri sociale;
- ca sursă a rețelei de suport social;
- ca sursă de solicitare excesivă;
- ca sursă de stress negativ;
- ca sursă de satisfacții.

Raportul cu particularitățile tipologico-caracteriale ale persoanei (mai ales cu nevoile sale și cu dimensiunea sa morală) este de evidențiat.

VI. NIVELUL DE FUNCȚIONARE SOCIALĂ

Se evidențiază competența (capacitatea, abilitatea, performanțele, adevărea) în exercitarea rolurilor sociale corespunzătoare ciclurilor vieții în diverse perioade de viață;

a. Pentru o perioadă îndelungată de timp caracterizând stilul (modalitatea de ansamblu) în care subiectul își exercită rolul respectiv;

b. Pentru o perioadă determinată de timp (scurtă sau la un moment dat al vieții). Aceste diferențieri vor fi valabile și pentru B.VII și B.VIII.

Evaluarea se poate face pentru fiecare din rolurile unui ciclu (pe care subiectul le-a îndeplinit sau le îndeplinește, precum și pentru ansamblul unui ciclu). Eventual, se poate face și o evaluare

generală a nivelului de funcționare socială. Se pot menționa 3 valori: bun (+), mulțumitor ($\pm$), slab (-); cu comentarii și interpretări suplimentare:

II ciclul familial, roluri: copil, soț, părinte, bunici =
(adult, holtei, divorțat, văduv)

III ciclul profesional, roluri: elev, student, profesionist =
(coordonator în profesie – pensionar)

IV ciclul gospodăresc, roluri: gospodină (întreținerea gospodăriei) =
(producție în gospodărie, autoîngrijire)

V ciclul relațiilor sociale, roluri: membru al unui grup social =
(funcții sociale, leader social)
nivel global al funcționării sociale

VII. REȚEAUA DE SUPORT SOCIAL

Se are în vedere ansamblul suportului material (locativ, de asemenea financiar etc.) și ansamblul rețelei sociale primare și secundare. În raport cu aceasta din urmă poate fi semnificativă „rețeaua de suport social”, așa cum apare aceasta în viziunea subiectului, în raport cu intenționalitatea, nevoile și expectanțele sale. Ca elemente de caracterizare mai importante ar fi doi parametri:

1. Numărul persoanelor care constituie pentru subiect (în perspectiva opiniei sale) un suport social în domeniile menționate mai jos și aria din care acestea provin (ciclurile II-V), cu specificări.

2. Tipul relațiilor. Acestea pot fi identificate din perspectiva a mai multor parametri, care se combină între ei, și anume:

- a) Suport continuu, zilnic.
- b) Suport în condiții de criză.

c) Suport instrumental pentru rezolvarea problemelor practice.

d) Suport de comprehensiune (ascultare) și susținere afectiv-morală care asigură o creștere a încrederii și stimei de sine.

e) Suport al „intimității” (de obicei e considerat ca o variantă a precedentelor).

f) Suport în sens de tampon în raport cu solicitarea stressantă. În continuare subiectul poate evalua.

g) Satisfacția lui în relațiile de suport social existente.

h) Nevoia (dorința, prezența) de a avea un suport crescut.

i) Expectanța lui de a fi solicitat ca suport social din partea altora.

Combinarea acestor parametri s-ar putea nota cu un punct, iar valoarea cu + - (de exemplu a.c. +/a.d. - etc.). De obicei, evaluarea se face la un moment dat sau pentru o perioadă de timp nu prea lungă.

VIII. SOLICITĂRI, STRESSURI, SATISFACȚII

Evaluarea influențelor psiho-sociale asupra persoanei într-o anumită perioadă de timp

În afara identificării cât mai complete a acestora și a semnificației lor pentru subiect se cere ca ele să fie raportate la:

- Structura și caracteristicile persoanei în momentul (perioada) respectivă a ciclului vieții, mai ales în ceea ce privește nevoile (dorințele și pretențiile fundamentale), atitudinile interpersonale bazale, precum și a capacităților (resurselor, abilităților) sale de soluționare a situațiilor problematice în care se află. A doua raportare necesară este la cele 4 cicluri principale (II-V). Apoi, la:

- Nivelul angajării în roluri sociale

- Configurațiile rețelei sociale proxime, inclusiv din perspectiva rețelei de suport social (evaluată subiectiv) în perioada respectivă a ciclului vieții personale.

Evaluarea influențelor psiho-sociale se referă la caracteristicile stimulării (suprastimulare, substimulare), la prezența stressurilor negative și a satisfacțiilor de viață, considerate dintr-o perspectivă secvențială sau persistentă.

Schema 16

O sistematizare schematică ar putea fi făcută în felul următor:

	de scurtă durată secvențială	de lungă durată „persistentă”
1. <i>Suprastimulare (solicitări crescute)</i>		
a) Suprasolicitări epuizante trăite „pasiv”. Subiectul nu le dorește, dar le trăiește deoarece se simte obligat, deoarece nu are capacitatea de a se opune sau a le evita.		
b) Suprasolicitare pozitivă prin angajare voluntară și stimulantă în proiecte personale, conforme cu dorințele proprii și întreținute de speranțe.		
c) Un tip special de suprasolicitare apare în contextul schimbărilor importante de viață în care subiectul trebuie să se adapteze la noi roluri, relații sociale și responsabilități, la un nou program de viață.		
2. <i>Substimulare (solicitări scăzute)</i>		
a) Substimularea negativă, trăită „pasiv” prin lipsă de solicitări, interes și afecțiune din partea altora; gol de proiecte și programe.		
b) Substimulare reconfortantă, „activă”, constând din relaxare, odihnă, contemplare, refacere.		
3. <i>Stressuri negative ca semnificație</i>		
a) psihotraume neprevăzute		
b) schimbări de viață cu sens negativ		

	de scurtă durată „secvențială“	de lungă durată „persistentă“
c) conflicte interpersonale		
d) situații tensionante (amenințătoare)		
e) eșecuri		
f) frustrări		
g) conflicte intrapsihice (conșiente și neconșiente)		
4. <i>Satisfacții de viață</i>		
a) Evenimente și schimbări de viață		
b) Încheierea cu sens a unui proiect existențial		
c) Satisfacerea nevoilor		
d) Armonie relațională, calm și pace ambientală		
e) Consens cu sine însuși (mulțumire de sine)		

Evaluarea situației în care se află un subiect ar urma să țină cont de bilanțul tuturor aspectelor menționate mai sus. Solicitățile și stressurile „persistente“ se pot exacerba la un moment dat sau, prin cumulare, se ajunge la un punct critic pe care persoana nu-l mai poate suporta. Pe de altă parte, ele reprezintă un fundal peste care se suprapun solicitările și stressurile secvențiale, care și ele se pot cumula într-o perioadă determinată de timp. Toate acestea se află în cumpănă cu satisfacțiile de viață ce pot juca un rol compensator. Mai intră în joc reactivitatea subiectului (generală și circumstanțială), capacitățile sale de „coping“ și capacitatea sa de a se bucura, de a trăi satisfacțiile de viață.

Schimbările de viață – cu sens pozitiv sau negativ – constau în modificări ce intervin în cele 4 cicluri suprapersonale ale vieții (mai ales în primele 2) și implică schimbări în rețeaua de suport

social. Aceasta prin amploarea și calitățile ei, poate juca un rol protectiv (de tampon) sau să accentueze vulnerabilitatea. Schimbările de viață sînt mai mult sau mai puțin dorite și prevăzute, subiectul fiind mai mult sau mai puțin implicat în realizarea lor.

Conflictele și tensiunile psihice au loc între membrii rețelei sociale proxime, cuprinsă în cele 4 cicluri. Și la fel, armonia și calmul relațional. Datele care sînt evidențiate la acest nivel completează pe cele surprinse în caracterizarea rețelei sociale proxime. Frustrările și satisfacțiile persistente sînt corelative unei anumite configurații a nevoilor personale (dorințe și pretenții) care apar ca un aspect al profilului tipologico-caracterial (a se vedea în continuare C D). Dar și ele depind de relațiile cu persoanele din anturajul apropiat.

Din comentariul de pînă acum rezultă că solicitările, stressurile și satisfacțiile se corelează parțial cu caracteristici ale persoanei, parțial cu felul în care interacționează subiectul cu persoanele din rețeaua socială proximă. Acestea, la rîndul lor, sînt parțial selecționate și/sau acceptate de subiect, parțial sînt prezente fără ca el să poată interveni, prin „destin”. În perspectiva persoanei, un rol important îl joacă felul în care subiectul înțelege, apreciază și evaluează situațiile și capacitățile sale de a realiza strategii optime de raportare și acțiune. Aceste ultime aspecte sînt parțial modelabile, putîndu-se schimba în cursul vieții în sens favorabil, în urma experiențelor proprii sau a psihoterapiilor.

IX. BOLI SOMATICE, DEFECTE

1. Bolile somatice se identifică ca evenimente de viață stressante ce se produc la un moment dat al vieții. Ele pot avea o durată mai scurtă sau mai lungă. Pot avea consecințe asupra:

– ciclurile vieții V-VI;

– exercitarea rolurilor sociale, dar și a rețelei sociale, nivel de solicitare, stress (VI–VIII);

– capacități și abilități C_3 .

2. Defecțiile somatice sînt rezultate ale bolilor. Ele persistă în timp, modifică capacitățile și abilitățile subiectului, precum și exercitarea unor roluri sociale.

X. TOXICOMANII, DEPENDENȚE

Acestea pot avea o intensitate:

1. Care nu interferează cu perturbarea vieții sociale.

2. Care interferează cu exercitarea rolurilor sociale, ducînd la modificarea rețelei sociale și la stressuri secundare. În acest caz, toate ciclurile vieții sînt perturbate (II–VI). Pot apare o serie de boli somatice și psihice secundare (IX–XI).

Se mai cere precizat tipul de dependență-toxicomană în raport cu o listă de substanțe posibile; alcoolul și tutunul fiind cele mai frecvente.

XI. CRIZE ȘI TULBURĂRI PSIROPATOLOGICE

1. Se identifică crizele psihice și crizele dezvoltării bio-psihice (Ciclul I) și la fel crizele din cadrul evoluției și schimbărilor din celelalte 4 cicluri ale vieții.

2. Tulburările psihopatologice de intensitate subclinică sau clinică pot fi de diverse tipuri, diferite de situația pe care o constituie episodul maladiv psihopatologic pentru care subiectul e investigat. Urmează a se identifica existența acestora la un moment dat al ciclului dezvoltării bio-psihice, tipul și durata lor.

C

ASPECT STRUCTURAL

Acesta se referă la profilul unor:

- I. Nevoi (dorințe, pretenții);
- II. Atitudini bazale față de persoane și situații;
- III. Capacități, abilități;
- IV. Inteligență și valori cognitive funcționale;
- V. Trăsături morale;
- VI. Echilibru structural (structuri particulare, dizarmonice);
- VII. Vulnerabilitate;
- (VIII. Trăsături tipologico-caracteriale);

În mod clasic se descrie la acest nivel profilul tipologic temperamental-caracterial în funcție de intensitatea prezenței unor „trăsături de caracter” (perspectivă funcțională) și/sau a unui grupaj coerent evidențiat de „cazuri tip” pregnante și de referință (perspectivă categorială). Pentru prezenta matrice de analiză interesează posibilitatea de a raporta structura persoanei (Capitolul C) la perspectiva dinamică-diacronă (biografică) (Capitolul B). Pentru aceasta este util să se evidențieze profilul propriu al nevoilor (dorințe, pretenții), atitudinile bazale față de persoane și situații (mai ales în perspectiva evaluării atitudinii altora în raport cu sine și a evaluării de sine), precum și capacitățile și abilitățile individului. În plus, este utilă o evaluare a nivelului inteligenței și a funcționării valorilor cognitive. Acestea se corelează îndeaproape cu capacitățile comentate la B III.

Trăsăturile morale interferează și ele cu nevoile, atitudinile, capacitățile persoanei. De aceea, e util să fie identificate, evaluate și eventual, comentate din aceste perspective.

Pentru psihopatologie interesează și echilibrul structural al persoanei, adică în ce măsură e vorba de o persoană particulară

(cu insuficientă independență, accentuarea unor trăsături și cu disabilități minore) sau de o persoană dizarmonic-psihopată (caz în care trăsăturile caracteriale sînt mai accentuate și este evident un comportament dissocial) (VI).

Ar fi de asemenea util dacă s-ar putea evalua vulnerabilitatea de fond a persoanei pentru boli psihice, nespecifică și specifică (VII).

Pentru obiectivele prezentei analize, tipologia caracterială, în sens tradițional, nu interesează prea mult. Totuși, ea poate fi precizată pe baza datelor evidențiate în paragrafele menționate și a unor itemi suplimentari privitor la: afectivitate, modalitate de prelucrare intrapsihică a trăirilor, modalitate de reacție și acțiune etc.

Aspectele structurale menționate pot fi evaluate, în primul rînd, din perspectiva structurii specifice a persoanei și caracterizînd-o pe aceasta de-a lungul timpului. Dar, ele pot fi comentate și într-o perspectivă ce se referă la o anumită perioadă de timp, mai lungă sau mai scurtă, studiindu-se tocmai modificarea lor eventuală prin anumiți factori circumstanțiali.

Corelațiile dintre aspectele structurale și cele dinamice sînt foarte importante și se cer clarificate.

I. NEVOI: DORINȚE CE SE CER SATISFĂCUTE PRETENȚII CE SE CER RESPECTATE

Nevoile (dorințele, pretențiile) caracterizează în egală măsură persoana și sînt o sursă de satisfacții sau insatisfacții (frustrare, stressori continui, de fond). În satisfacerea nevoilor subiectul – care acum e predominant pasiv – depinde de atitudinile și comportamentul persoanelor cheie din rețeaua lui socială proximală, din cadrul principalelor cicluri ale vieții. În contextul acestor relații intime comportamentul partenerului poate fi principala sursă de frustrare sau satisfacție atît printr-o modalitate relațională (atitudinea soțului față de soție), cît și printr-una nerelațională (comportamentul dezordonat al partenerului). În cadrul cuplurilor pot exista și situații ambivalente, concomitente sau de succedare a satisfacțiilor și insatisfacțiilor în

relația cu aceeași persoană. Aceleași probleme pot apare și în raport cu alți membri ai gospodăriei (inclusiv cu vecinii), cu persoane de la locul de muncă sau din ciclul activităților și relațiilor sociale.

În continuare se va prezenta o listă a nevoilor bazale cele mai importante. În raport cu această listă se poate evalua în ce măsură ele sînt intens – prezente (sau reduse, absente) la o persoană dată, constituind o caracteristică personală de fond. Și, de asemenea, se poate evalua pentru o perioadă determinantă de timp în ce măsură aceste nevoi au fost satisfăcute sau nesatisfăcute.

Primele 8 nevoi din listă se corelează mai mult cu temperamentul (nevoia de intimitate este, desigur, specific umană, dar și în biologie individul are nevoie de un spațiu propriu vital). Următoarele nevoi ar fi mai mult în corelație cu trăsăturile caracteriale în sens clasic. Dintre acestea cele de la 9–15 se referă la relațiile interpersonale și se pot corela cu atitudinile interpersonale. Ultimele nevoi menționate (19–22) se referă la unele aspecte moral-existențiale ale persoanei:

	Caracteristici personale de fond		Satisfacerea într-o perioadă determinată	
	prezență intensă +	prezență slabă sau absentă –	nesatisfăcător +	satisfăcător –
1. sexuale, alimentare (de homeostază biologică)	+	–	–	+
2. temperamentale ca expansivitate, lentoare (bioritm)				
3. curățenie, igienă personală				
4. intimitate corporală				
5. intimitatea spațiului vital (locativ) personal				
6. intimitatea vieții sufletești (a secretului personal)				
7. solitudine (a nu fi solicitat de alții, a fi lăsat în pace cu sine însuși)				

NEVOI: DORINȚE CE SE CER SATISFĂCUTE

	Caracteristici personale de fond		Satisfacerea într-o perioadă determinată	
	prezență intensă +	prezență slabă sau absentă -	nesatisfăcător +	satisfăcător -
8. Sociabilitate (de a nu fi singur)				
9. a. a fi condus, dirijat, dominat b. a fi sprijinit				
10. a fi protejat, asigurat, a se simți în siguranță				
11. a fi evaluat pozitiv, stimulat, valorizat, a i se întreține stima de sine și încrederea în sine				
12. a fi ascultat și înțeles, crezut, acceptat în intimitate, confidențial				
13. a fi iubit, nevoia de tandrețe și delicatețe în relații, nevoia de mângâiere, alint				
14. a iubi				
15. a conduce, dirija, controla pe alții, a-i manipula				
16. Nevoia de ordine (pedanteria) • în ambianța fizică • în secvențele temporale • în acțiune • în relații interpersonale • în derularea vieții individului				
17. a întreprinde, a acționa, a face				
18. a fi satisfăcut imaginativ				
19. respect al demnității și valorii (etice) a persoanei				
20. respect al principiilor etice și angajare generoasă				
21. a fi consecvent cu sine				
22. a exista un sens personal				

II. ATITUDINE FAȚĂ DE PERSOANE ȘI SITUAȚII

Unul din aspectele cele mai importante, care definesc felul de a fi al unui om, este modul său constant de a se raporta la alții și la sine și de a interpreta atitudinea altora față de sine. Din această perspectivă va exista și o diferență între persoanele suspicioase, megalomane, depresive sau indifferente.

Evaluarea propriei persoane, a altora și a atitudinii altora față de sine se poate realiza:

- în perspectiva unei evaluări de ansamblu (globale și de durată);
- într-o perspectivă mai ținută (uneori, situațională, dar nu numai), avându-se în vedere comportamentele, expresiile, afirmațiile și gândurile subiectului).

Calificativele evaluării sînt variate, dar nu infinite. Ele se pot constitui în grupaje care definesc cîteva tipuri de atitudini. Toate acestea vor fi prezentate în continuare într-o schemă.

Pe lângă faptul că atitudinile interpersonale, în măsura în care sînt constante, pot constitui un element important al tipologiei structurii caracteriale, ele mai pot constitui:

- Un aspect al vulnerabilității persoanei.
- Un aspect ce intervine ca o verigă în etiopatogenia instalării unor stări psihopatologice, în accentuarea acestora sau o vulnerabilitate reziduală.
- Un aspect ce caracterizează însăși starea psihopatologică în care persoana se află.

În afara atitudinilor față de persoane se pot identifica atitudini privitoare la anumite tipuri de situații problematice, care sînt evaluate diferit de diverse persoane în variate circumstanțe.

III. CAPACITĂȚI ȘI ABILITĂȚI PSIHICE

Acestea rezultă parțial din potențialități înnăscute, dar mai ales din educație, instrucție, învățare din antrenamente speciale, din experiențe de viață trăite.

ATITUDINE FAȚĂ DE PERSOANE ȘI SITUAȚII

Modalități de evaluare (cognitive), ale atitudinii subiectului față de sine și alții și a felului în care subiectul interpretează atitudinea altora față de sine

Tipuri de atitudine și evaluare	Perceperea, evaluarea, interpretarea considerarea propriei persoane ca fiind	Perceperea, evaluarea, interpretarea, considerarea atitudinii altora față de sine ca și conștind din:	Aspect constant structural		Aspect episodic (durata)	
	1	2	1	2	1	2
Supunere pasivă	a. nevaloric (neimportant)	a. milă, compasiune				
Depresie	b. nedemn de stimă	b. opinie negativă				
	c. inferior altora	c. dispreț				
	d. incapabil (slab)	d. desconsiderare				
Hiperepresi-vitate cap-tativă	e. vinovat	e. atitudine de protecție și sprijin				
	f. demn de com-pătimire	f. dominare, neîncredere				
Suspiciune	g. victimă (nevinovată)	g. ostilitate (batjocură, rea voință)				
Agresivitate	h. valoric	h. manipulare				
Extrapunitivă	i. demn de stimă și admirație	i. invidie				
Hipomanie	j. capabil (puternic)	j. admirație				
Domi-nare activă	k. superior altora	k. aprecieri pozitive				
		l. stimă				
		m. supunere				
		n. dragoste				
Indiferență	l. indiferent	o. indiferență				

Concluzii:

Diversele capacități și abilități, prin faptul că sînt mai intens sau mai puțin intens prezente la o persoană, se corelează cu tipologia caracterială a acesteia (cu profilul ce rezultă din ansamblul „trăsăturilor de caracter“). În raport cu „ecuația personală“, capacitățile și abilitățile pot fi modificate. În perspectivă psihopatologică interesează mai ales diminuarea lor ca o consecință a unor influențe situaționale, sau în cadrul stărilor de boală și defect psihic. Această diminuare conduce la deficiențe în exercitarea rolurilor sociale, condiționînd diverse forme de handicap.

Capacitățile interferează cu ciclurile vieții (B I-V), cu nivelul competențelor sociale (B/II), dar și cu dimensiunea rețelei de suport social (B/VII) și cu perspectiva solicitărilor stressurilor și satisfacțiilor (B/VIII).

În continuare, se va prezenta o listă a principalelor capacități și abilități. Desigur, acestea se modifică o dată cu dezvoltarea psihologică, cu vîrsta, cu educația, cu instrucția și diverse programe de antrenament. Pentru adult e totuși posibil să se evalueze, pe de o parte, aspectul de fond, cel care în general e caracteristic unei persoane date și, în raport cu aceasta, situația la un moment dat (într-o perioadă determinată de timp).

Dintre capacitățile și abilitățile expuse, primele se referă la aspecte cognitive (inclusiv proiectarea soluționării problemelor) (1-5); următoarele se referă la aspecte volitive și de acțiune (6-10); urmează aspecte privitoare la relaționarea socială (11-13); sînt menționate apoi capacitățile referitoare la controlul impulsurilor și abilitatea de a se bucura (14-17) și, în sfîrșit, cele privitoare la autoîngrijire și autoadministrare (18).

IV. INTELIGENȚA ȘI VALORI COGNITIVE, FUNCȚIONALE

1. Nivelul global al inteligenței se poate stabili prin testări psihologice. El este într-o corelație importantă cu capacitățile și abilitățile persoanei.

2. Valorile cognitive funcționale se pot referi la o serie de aspecte mai mult sau mai puțin interconectate:

a) modul de receptare și prelucrare a informațiilor („processing” informațional). Pot fi prezente deficiențe ale atenției, memoriei, de foarte scurtă durată, ale memoriei scurte și medii etc. Aceste deficiențe pot fi prezente în foarte multe stări de vulnerabilitate și de patologie psihică.

b) Dificultatea diferențierii în percepție, dintre esențial și neesențial, cu necesitatea unui efort cognitiv de atenție și sinteză pentru ierarhizarea informațiilor.

c) Dificultatea de înțelegere corectă a semnificației situației și informațiilor transmise. Variante:

- incapacitatea de înțelegere (de a percepție);
- înțelegerea deformată, depinzând de anumite așteptări și stiluri de receptare distorsionată.

d) Deficiențe în judecarea cu discernământ a situației și în elaborarea unor soluții față de situațiile problematice.

e) Deficiențe în autocontrolul fluxului ideativ.

f) Deficiențe în verbalizarea ideilor, a mesajelor de transmis sau a trăirilor afective.

g) Dezorientare în raport cu situația, cu alte persoane și cu propria biografie.

h) Deficiențe importante în fondul mnestic.

Toate aceste aspecte au corelații cu capacitățile și abilitățile subiectului. Primele 3 deficiențe cognitive funcționale (a, b, c) se referă la receptarea și înțelegerea informațiilor disponibile. La acest nivel intervin atât capacități cerebrale, cât și o serie de factori psihologici din domeniul intenționalității (interes, curiozitate, motivație) etc. Următoarea deficiență (d) este strâns corelată cu caracteristicile psihologice ale imaginării și ordonării. Următoarea deficiență (e) se referă la verbalizarea gândurilor și afectelor. La acest nivel întâlnim, de asemenea, o interferență între factorii cerebrali și cei educaționali. Toate aspectele menționate pot interveni ca verigi etiopatogenice. Ele pot constitui și aspecte tipologico-caracteriale sau elemente de caracterizare a stărilor

	Aspect de fond structural		Prezență într-o perioadă de timp delimitată	
	puternic și evident prezent +	slab prezent absent -	+	-
1. Înțelegerea și circumscrierea corectă a problemei (exactă, clară, adecvată) cu diferențierea între ceea ce e esențial și neesențial				
2. Identificarea și evaluarea resurselor personale				
3. Identificarea unor resurse disponibile și abordabile				
4. Imaginarea și evaluarea unor variante, a unor strategii de acțiune				
5. Alegerea soluției optime				
6. Declanșarea acțiunii (spontaneitate, versus indecizie)				
7. Perseverare, reorganizare și finalizare				
8. Independența în procesarea acțiunii, versus dependență, influențabilitate				
9. Capacitatea energetică pentru acțiune				
10. Abilități instrumentale proprii (corporale și instrumentale) pentru acțiune				
11. Relaționare, comunicare interpersonală, socială, spontanitate, emoție				
12. Capacitatea de a stabili legături interpersonale stabile (eventual, intimantă); evaluarea corectă a atitudinii altora față de sine				

INTELIGENȚA ȘI VALORI COGNITIVE, FUNCȚIONALE

	Aspect de fond structural		Prezență într-o perioadă de timp delimitată	
	puternic și evident prezent +	slab prezent absent -	+	-
13. Capacitatea de a îngriji și educa pe alții				
14. Autocontrolul impulsurilor (alimentar, sexual, agresive)				
15. Controlul asupra solicitărilor stressante				
16. Capacitatea de relaxare, refacere				
17. Capacitatea de a se bucura				
18. Capacitatea de autoîngrijire, inclusiv corporală și de autoadministrare				

psihopatologice. Ultimele aspecte menționate (f, g) se întâlnesc mai ales în stări ce pot fi etichetate ca anormale sau patologice.

Toate aspectele incluse în acest paragraf pot fi evaluate, la fel ca precedentele, din perspectivă structurală, relativ constantă, dar și într-o anumită perioadă de timp, când au fost modificate prin diverși factori.

Pe baza funcțiilor cognitive susținute de structura inteligenței și ca o consecință a relațiilor interpersonale, ale educației, instrucției și experiențelor de viață, în subiect se structurează progresiv o cunoaștere și reprezentare (potențială) a lumii, structurată după anumite principii ierarhice și după liniile de forță ale unor păreri și convingeri personale. Acest fond mnestic-cognitiv și reprezentativ este marcat de judecarea evaluativă a persoanei, organizându-se astfel o proprie concepție despre lume și despre propria poziție în lume a acestuia. Vizarea transcendenței susține, în plus, convingerile ferme și credințele subiectului.

V. DIMENSIUNEA NORMATIV-MORALĂ

Funcțiile morale sînt mai mult sau mai puțin prezente la o persoană adultă. Uneori, ele pot fi absente parțial sau global. De asemenea, e posibil să existe exagerări ale unor aspecte sau o lipsă de armonie a ansamblului structurii funcționale (și judecării) morale. Această dimensiune a „judecării morale” se corelează cu cea cognitivă, exprimîndu-se ca „judecare cu discernămint”. Și, de asemenea, cu poziționările atitudinale bazale față de alte persoane și față de sine (menționate la C. II): de dominare, supunere, autoblamare, ambivalență, suspiciune, rejecție, extrapunitivitate, indiferență etc. Structura funcțională ce susține judecarea morală completează, într-un mod special, lista capacităților persoanei ce interferează cu cea a nevoilor. Desigur, la acest nivel sînt avute în vedere doar acele aspecte ale moralității (ale acțiunii morale) care interferează cu psihologia și, deci, și cu psihopatologia. În continuare se va prezenta o listă de „caracteristici” morale ce pot fi identificate ca trăsături de fond sau ca avînd o anumită funcționalitate în variate perioade ale existenței persoanei:

VI. ECHILIBRUL STRUCTURAL

Sensul negativ, orientat spre psihopatologie, a unui dezechilibru structural se referă la două tipuri de anormalitate a persoanei, care pot fi caracterizate ca:

1. Persoane particulare. Acestea prezintă o anumită imaturitate afectivă, de autonomie și de individuație, avînd în același timp, trăsături caracteriale accentuate. Unele disabilități minore pot fi, de asemenea, sesizabile.

a) Imaturitatea afectivă se referă la o insuficientă independență a subiectului ce a atins vîrsta maturității. Aceasta se poate exprima prin: – o dependență interpersonală crescută în ceea ce

	Aspect de fond		Aspect circumstanțial		OBSERVAȚII
1. Respectul față de alte persoane	+	-	+	-	Respectul exagerat se poate manifesta ca hiperpolitețe ce ține la distanță pe alții. Aspectul negativ poate consta în desconsiderarea celorlalți, dispreț pentru oameni
2. Respectul față de norme și legi sociale	+	-	+	-	Aspectul + poate fi exagerat sub forma omului atașat datoriei mai mult decât orice (impersonal). Aspectul - poate consta și în eludarea legilor și normelor
3. Capacitate de compasiune și milă	+	-	+	-	Deficitul exagerat poate consta în indiferență față de suferințele și necazurile altora
4. Generozitate	+	-	+	-	+ = angajare altruistă - = egoism
5. Bun simț	+	-	+	-	+ = uneori și trăirea frecventă a rușinii - = uneori și nerușinare
6. Capacitatea de a trăi remușcarea (culpa)	+	-	+	-	
7. Duplicitate activă: versalitate, minciună, rea credință	+	-	+	-	
8. Duplicitate pasivă: compromis, inconsecvență	+	-	+	-	
9. Perversiune morală: manipularea altora pentru propriile interese egoiste cu indiferență pentru soarta acestora, plăcerea de a face rău	+	-	+	-	
10. Funcționarea unor principii morale	+	-	+	-	

privește opiniile, deciziile, efectuarea acțiunilor; – o nevoie continuă de susținere a stimei de sine; – o redusă toleranță la frustrare; – dificultate în angajarea și realizarea unor proiecte generoase; – o insuficientă identitate definită.

b) Trăsăturile tipologico-caracteriale accentuate rezultă din profilul personal al nevoilor, atitudinilor și capacităților. Totuși, mai există unele aspecte nemenționate explicit care se cer precizate cu acest prilej. E vorba de:

– Particularități efective în ceea ce privește emotivitatea, dispoziția afectivă bazală, ecuația personală a afectivității tranzitive, capacitatea de rezonanță, afectivă.

-- Particularități ale trăirii evenimentelor, ale prelucrării intrapsihice și a elaborării reacției. La acest nivel o distincție clasică este cea dintre „primaritate” (prelucrare rapidă și răspuns direct) și „secundaritate” (prelucrare lentă și răspuns tardiv, îndelung elaborat).

– Particularități ale desfășurării expresiei și acțiunii (mai ales din perspectiva ordinii și a imaginației ce stă la baza elaborării acestora).

c) Deficiențele și disabilitățile minore pot fi descrise în termenii prezentați la C. III. În completare se pot menționa consecințele acestora, care constau pe lângă un randament scăzut în cadrul diverselor cicluri ale vieții și a exercitării diverselor roluri profesionale (B VI) și în distorsiuni ale rețelei de suport social (B VII), precum și în dificultăți în controlare a stresului (în cadrul B VIII).

2. Persoane dizarmonic psihopate. La acestea întâlnim:

a) O accentuare pronunțată a unor trăsături tipologico-caracteriale (care includ tot ceea ce s-a menționat și la C VI. b).

b) Un comportament, evident, disocial care se referă la:

– Perturbări importante în exercitarea rolurilor sociale (B VI).
– Stări tensional-conflictuale frecvente, generatoare de stressuri secundare (fapt ce poate fi evidențiat la B VIII, dar se cere analizat în mod special).

– Încălări ale normelor social-juridice; modificări ale structurii caracteriale (în sensul în care aceasta este evidențiată la C V).

Toate aceste caracteristici trebuie să fie o consecință globală a personogenezei, să dureze în timp și să se manifeste disfuncțional în majoritatea ciclurilor vieții (B II–B V).

VII. VULNERABILITATEA

Acest concept modern tinde să se plaseze în locul vechiului concept greu de înțeles de „determinism endogen“. Se poate considera în mod comprehensibil că o persoană poate fi vulnerabilă (în general și în particular) pentru o patologie psihiatrică pe baza:

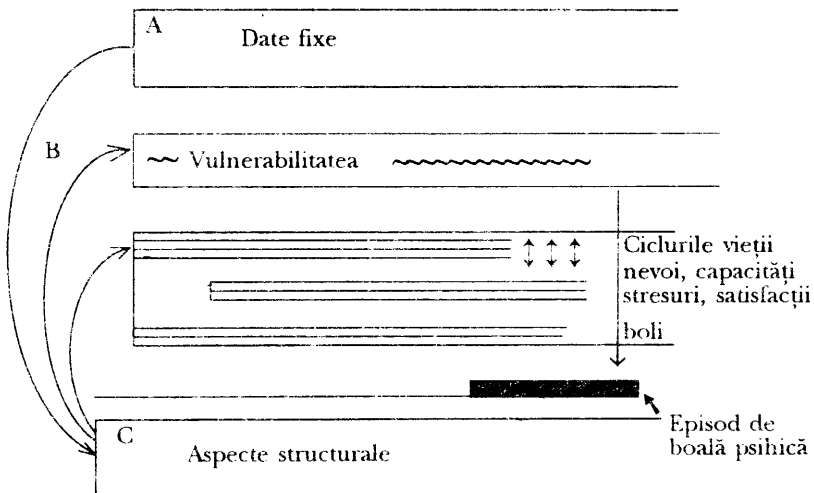
- Condiționărilor ce rezultă din cele ce pot fi evidențiate în cadrul capitolului A.

- A modalității în care se derulează ciclurile vieții (C I-V) mai ales în perioada inițială a personogenezei.

- A influențelor persistente negative asupra persoanei (tot în perioada personogenezei) care pot fi evidențiate în cadrul ciclului VIII.

Vulnerabilitatea poate fi identificată prin evidențierea unor „markeri“ biologici și psihologici. Ea poate fi prezentă la persoane „normale“, „particulare“ și „dizarmonic-psihopate“.

O schemă de ansamblu a factorilor ce influențează vulnerabilitatea poate fi imaginată astfel:



Toate conceptualizările și schemele prezentate mai sus – și care rezumă în mare măsură materialul comentat în carte – pot fi considerate cel mult semne indicatoare pentru cine intenționează să studieze problematica psihopatologiei clinice. În mod practic, în cadrul clinicii și a practicii psihiatrice, mare parte din aspectele menționate sînt considerate superficial sau ignorate, ținîndu-se seama de intuiție și experiență. (Experiență a relațiilor interumane care constituie trauma existenței fiecărui om și pe care psihiatrul o folosește în mod firesc în meseria lui). Totuși, pentru a progresa în cunoaștere, avem nevoie de o anumită ordine și metodă. Și, la fel, de doctrină. Partea doctrinară, cea care se referă la concepția despre persoana umană (normală, genială sau aberantă), nu a fost menționată decît în treacăt în această carte, centrată pe psihopatologia clinică. Partea de metodă și ordinea ne-a interesat mai mult. Și sperăm să fi oferit un material care să stimuleze gîndirea a cît mai multora.

Dar, metoda, cît de complexă ar fi nu ne poate oferi *adevărul*. Adevărul despre om, despre ceea ce face ca unii oameni să ajungă tulburați mental, poate fi urmărit doar pînă la un punct. Cu cît vom fi, însă mai riguroși, cu cît vom ști mai mult și mai cert cu atît vom putea da un nou conținut, contemporan nouă, marelui și fundamentalului concept de *destin*.

BIBLIOGRAFIE, NOTE ȘI ANEXE

Acest capitol are menirea de a clarifica, nuanța, aprofunda, sistematiza noțiunile expuse în paginile anterioare cu ajutorul datelor bibliografice, notelor și anexelor. Reluarea unor enunțuri în alte contexte ideatice va contribui la îmbogățirea lor informațională, dar va conferi textului o redundanță pe care ne-o asumăm (sau de care sintem conștienți). De altfel, am urmărit să prezentăm cât mai detaliat concepțiile cu care operează psihopatologia actuală; unele dintre ele fiind pentru întâia dată expuse în literatura românească de specialitate.

Credem că am reușit, în mare parte, să păstrăm un echilibru judicios între caracterul sintetic al textului și cel analitic, cu excepția ultimei părți a lucrării care are un caracter voit analitic și poate genera cititorului impresia „supradeterminării” unora dintre temele dezbătute.

INTRODUCERE

Cărți cu titlul „Psihopatologie clinică” sînt puține în literatura internațională și dintre acestea nu se ocupă decît de aspecte semiologice. Ca lucrări clasice și de referință vom menționa:

JASPERS, K., (1965), *Allgemeine Psychopathologie*, 8 Aufl. Ed. Springer, Berlin.

SCHNEIDER, K., (1971), *Klinische Psychopathologie*, 9 Aufl. Thieme, Stuttgart.

KRETSCHMER, E., (1964), *Medizinische Psychologie*, 11 Aufl., Ed Thieme, Stuttgart.

BINDER, N., *Die menschliche Person, ihre Wesen, ihre Gestalt und ihre Störungen*, Ed. Huber, Berne.

PETRILOWITSCH, N., (1958), *Beiträge für eine Strukturpsychopathologie*, Karger, Basel.

JANZARIK, W., (1988), *Strukturdynamische Grundlagen der Psychiatrie*, Ed. Enke, Stuttgart.

O contribuție importantă la psihopatologia clinică a adus-o H. Ey prin multiplele sale studii, lucrări și tratate. Dintre care menționăm pentru valoarea lor sintetică:

EY, H., (1975), *Des idées de Jackson à un modèle dynamique en psychiatrie*, Ed. Rhadamanthe Privat Toulouse.

EY, H., (1983), *Conștiința*, Editura Științifică și Enciclopedică, București.

O lucrare care a fost mult citată în anii '80 este lucrarea lui Scharfetter, care e, însă, centrată pe psihopatologia descriptivă:

SCHARFETTER GH., (1980): *General psychopathology. An introduction*. E. Cambridge University Press.

Lucrări importante de psihopatologie clinică de inspirație fenomenologică sînt:

MINKOWSCH, E., (1966), *Traité de psychopathologie*, Ed. PUF, Paris.

GEBSATTEL, V. E., (1954), *Prolegomena zu einer medizinische Anthropologie*, Ed. Springer, Berlin.

TELLEMBACH, H., (1983), *Melancholie*, Ed. Springer, Berne, Heidelberg, New York, Tokio.

BINSWANGER, L., (1953), *Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins*, Ed. Niehans, Zürich.

FRANKL, V. E., (1970), *Theorie und Therapie der Neuroses*, Ed. Reinherd, München.

ZUTT, J., (1963), *Auf dem Wege zu einer anthropologischen Psychiatrie*, Ed. Springer, Heidelberg.

TATOSSIAN, A., (1979): *Phénoménologie des psychoses*, Ed. Masson, Paris.

Ultima lucrare reprezintă o excelentă sinteză a psihopatologiei clinice de orientare fenomenologică în domeniul psihozelor, într-o perioadă în care această orientare își încheia temporar perioada de glorie.

Din imensa literatură de psihopatologie clinică de orientare psihanalitică selectăm doar două titluri:

FENICHEL, O., (1953), *La théorie psychanalytique des névroses*, Ed. P.U.F., Paris.

BERGERET, J., (1960), *Psychologie Pathologique*, Ed. Masson, Paris.

Alte perspective teoretice ale psihopatologiei clinice sînt prezentate în lucrări ale unor autori ca:

SULLIVAN, H., (1953), *The interpersonal theory of psychiatry*, Ed. Norton, New York, Toronto.

BÖKER, W., (1989), *Schizophrenie als systemische Störung*, Ed. Hans Huber, Berne, Stuttgart, Toronto.

CIOMPI, L., (1982), *Affectlogik. Über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung. Ein Beitrag zur Schizophrenieforschung*, Ed. Klett-Cotta, Stuttgart.

Ultima lucrare este deosebit de interesantă prin referințe la teoriile moderne ale determinismului neliniar și la teoria catastrofelor. Dar, în lucrarea de față nu ne vom concentra atenția asupra fundalului teoretic al psihopatologiei clinice.

Alte lucrări ce merită a fi menționate sînt:

- GLATZEL, J., (1978), *Allgemeine Psychopathologie*, Ed. Enke, Stuttgart.
 BERNER, P., (1982), *Psychiatrische Systematik*, 3 Aufl., Ed. Huber Bern/Stuttgart/Wien.
 LUTHE, R., (1982), *Das strukturele System der Psychopathologie*, Ed. Springer, Berlin/Heidelberg/New York.

O trecere în revistă a preocupărilor actuale în domeniu se găsește în:

- MUNDT, CH., (1989), *Psychopathologie heute (1989)*, *Psychiatrie der Gegenwart*, Band 9, Ed. K.P. Kisker, H. Lauter (et al.) Ed., Springer, Berlin, Heidelberg, pg. 148-184.

Mai menționăm o lucrare importantă care, prin faptul că subliniază aria largă de orientări a „psihopatologiei”, atrage atenția – prin contrast – asupra unui domeniu al acesteia pe care nu-l abordează și care este însăși tema lucrării noastre:

- IONESCU, S., (1991), *Quatorze Approaches de la Psychopathologie*, Ed. Nathan.

Psihopatologia clinică este în strînsă corelație cu atmosfera pe care o iradiază importante cărți și tratate de psihiatrie. Vom menționa cîteva dintre acestea, care au jucat un anumit rol în elaborarea lucrării de față:

- FRANKL, V.E. et al., (1959), *Handbook der Neurosenlehre und Psychopathologie*, Ed. Urban & Schwarzenberg, Munich.
 ARIETI, S., (1976), *American Handbook of Psychiatry*, 2, Ed. Basic Books, New York.
 FRIEDMAN, A.M., KAPLAN, H.I., (1967), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Ed. William & Wilkins, Baltimore.
 GRUHLE, H.W., JUNG, R., MAYER-GROSS, W., MULLER, C., *Psychiatrie der Gegenwart*, Band 1/2, Ed. Springer, Berlin.
Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie, Paris.
 KAPLAN, H.I., SADOCK, B.J., (1989), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Ed. V. William & Wilkins, Baltimore, London.

- KISKER, P.K., LAUTER, M., MAEYER, F., MULLER, M., STROMGREN, E., (1986-1988), *Psychiatrie der Gegenwart*, Ed. IV, (vol. 1-7), Ed. Springer, Berlin.
- SHEPHERD, M., (1982-1985), *Handbook of Psychiatry*, Ed. Cambridge University Press, vol. 1-5.
- EY, N., BERNARD, P., BRISET, CH., (1978), *Manual de Psychiatrie*, Ed. Masson, Paris.
- BLEULER, M., (1965), *Lehrbuch der Psychiatrie*, Ed. Springer, Berlin.
- KOLLE, K., (1981), *Psychiatrie*, Ed. Thieme, Stuttgart.
- GELDER, M., GOTH, D., MAYON, R., (1989), *Oxford Textbook of Psychiatry*, Ed. Oxford Medical Publications, Oxford.
- DENIKER, P., LEMPERIERE, TH., GUYOTAT, J., (1990), *Précis de psychiatrie clinique de l'adulte*, Ed. Masson, Paris.
- HÄFNER, H., (1991), *Psychiatrie: ein Lesenbuch für Fortgeschrittene*, Ed. Gustav Fischer, Stuttgart-Jena.

PERSOANA UMANĂ CONȘTIENȚĂ

Psihismul ca o realitate de referință pentru „psihopatologie” nu este o caracteristică specifică omului; fapt comentat amplu încă de Aristotel în „De anima”. Animalele au și ele o serie de funcții și manifestări psihice, pe care în zilele noastre le studiază psihologia animală. Specificitatea psihismului uman, deasupra celui biologic, constă în dimensionarea lui prin conștiință, prin logosul comunitar și prin spiritualitatea culturală. Aceste aspecte au fost dezvoltate de autor în lucrarea :

LĂZĂRESCU, M., (1989), *Introducere în psihopatologia antropologică*, Ed. Facla, Timișoara.

Conceptul de persoană umană conștiință este și el relativ recent, fiind un construct teoretic al culturii europene. Conceptul de „persoană” a fost utilizat în ideologia creștină pentru a indica, în primul rând, persoana lui Dumnezeu (cea triconsubstanțială, constând din Persoana Tatălui, a Fiului, și a Duhului Sfânt, aflate în perihoreză și iubire reciprocă din eternitate). Omului i s-a acceptat demnitatea de persoană doar pentru că este creat „după chipul și asemănarea lui Dumnezeu”. În gândirea filosofică a Europei

conceptul de persoană umană se impune abia prin Kant, care argumentează demnitatea conștiinței morale a omului (Rațiunea Practică, adică Etică, fiind după acest autor și unica sursă a unui argument posibil pentru existența lui Dumnezeu). La sfârșitul secolului XIX și în cursul secolului XX s-a dezvoltat în America și Europa (cu precădere în Franța, dar și în Germania prin Max Scheller, de exemplu) o mișcare filosofică „personalistă” care pune accentul pe demnitatea și transcendența ființei umane în calitate de persoană. Elaborări teoretice din perspectivă antropologică și psihopatologică în această direcție avem și în literatura română recentă:

- PAMFIL, E., OGODESCU, D., (1976), *Persoană și devenire*, Ed. Științifică și Enciclopedică, București.
 OGODESCU, D., *Persoană și lume*, Ed. Albatros, București (1981).
 OGODESCU, D., *Persoană și cunoaștere*, Ed. Politică, București (1981).

În ceea ce privește conceptul de conștiință, deși el își are echivalente în gândirea filosofică greacă, medievală și modernă, dezvoltarea lui explicită apare tot odată cu Idealismul German prin Kant și Hegel (în „Fenomenologia Spiritului” se analizează detaliat etapele structurale ale conștiinței în momentele sale succesive de mijlocire și complexificare în raport cu desfășurarea „Spiritului Absolut”). O nouă impulsională a studiilor privitoare la caracterizarea esențială a persoanei umane prin conștiință se produce o dată cu elaborarea Fenomenologiei lui Husserl. Această perspectivă, împreună cu hermeneutica (reafirmată major la începutul secolului XX de către Dilthey) a stat la baza multor cercetări psihopatologice clasice, începînd cu Jaspers și încheind cu Blankenburg, din a cărui vastă operă contemporană cităm un scurt articol recent:

- BLANKENBURG, W., (1990), *Brief Contribution to the problem of indications for hermeneutics in psychiatry*, în *Revue Internationale de Psychopathologie*, Nr. 2, pg. 297-305.

Conceptul de persoană umană conștientă a fost utilizat în psihopatologia clinică de autori importanți, citați deja, dintre care amintim pe Jaspers, Schneider, Binder, Ey, Frankl.

Trebuie precizat că Heidegger, pornind de la fenomenologia husserliană a elaborat în secolul nostru, o tulburătoare

operă filosofică care încearcă să regîndească problema „Ființei”. El întreprinde analiza „Ființei care-și pune problema Ființei”. Aceasta este, desigur, omul. Dar, la fel ca și Kant, care în *Criticile* sale discută mai puțin despre om cît despre „ceea ce e valabil pentru orice ființă rațională posibilă” și Heidegger (a cărui gîndire se bazează pe cea Kantiană) evită să vorbească explicit despre om, folosind expresia de „Dasein” a cărei structuri le analizează în „*Sein un Zeit*”. Gîndirea lui Heidegger a influențat psihopatologia și o serie de autori i-au preluat noțiunile de bază. Cel mai important psihopatolog cu această orientare este, desigur, *Binswanger* care a și elaborat un concept și o metodologie originală pe care a numit-o *Daseinanalyse* și care urmărește, pe lîngă alte aspecte, interesanta noțiune de biografie interioară. Dintre multiplele lucrări ale acestui autor am menționat deja pe cea mai teoretică care comentează și această problemă.

Daseinanaliza evită, la fel ca și Heidegger, conceptele tradiționale, deci, și pe cele de persoană și conștiință. Totuși, o serie de mari psihopatologi care au acceptat aportul important al acestor orientări, au revenit la utilizarea acestor concepte (de exemplu, Frankl, Gebattel și Tellembach). De altfel, însuși Binswanger, în ultima perioadă a vieții sale, s-a reorientat spre perspectiva husserliană despre înțelegerea omului prin conștiință și intersubiectivitate.

În cartea noastră nu vom insista asupra problemelor pe care le ridică orientările menționate. Am vrut doar să subliniem, de la început, faptul că înțelegem psihopatologia clinică din perspectiva demnității și magnitudinii conceptului de persoană umană conștientă în contrast cu perspectiva predominant biologizantă a psihopatologiei clinice actuale.

Perspectiva structural-dinamică pe care o abordăm este în consonanță cu operele lui Ey și Janzarik, care deși în aparență sînt distincte ca limbaj și trimiteri biografice, în esență, se bazează pe aceeași viziune, analizînd persoana umană din perspectivă dinamic-diacronă, pe de o parte, și structurală, pe de altă parte. Aceeași perspectivă am dezvoltat-o și în lucrarea menționată (p 386) în care sînt comentate pe larg problemele spațio-temporalității și identității specifice persoanei umane.

Problema ciclurilor vieții și a individuației progresive a persoanei își are originea în opera lui Jung și a fost dezvoltată mai recent de Erikson și Levinson:

- JUNG, C.C., (1964), *La dialectique du moi et de l'inconscience*, Ed. Gallimard, Paris.
- ERIKSON, E.H., (1986), *The life cycle* în International Enciclopedia of the Social Science, Ed. MacMillan, New York.
- LEVINSON, D.J., DARROW, C.M. et al. (1978), *The seasons of a man's Life*, Ed. Alfred A. Knopf, New York.

Perspectiva ciclurilor vieții este extrem de interesantă și e regretabil că ea nu s-a dezvoltat mai mult în psihopatologia contemporană. Lucrarea de față preia această idee și încearcă să o amplifice.

Diversele dimensiuni diacrone ale existenței umane ar putea fi schematizate.

Problema bio-psihoritmurilor este și ea de interes major atât pentru medicină în general, cât și pentru psihiatrie în special. Pentru aceasta din urmă de o importanță deosebită sînt bio-psiho-ritmurile antro-po-cosmice (comentate de Tellembach), referitoare la structura vieții specific umane care e ritmată de muncă și repaus, programul săptămînal, concediu, sărbători etc.

Corporalitatea a fost implicată în toate bio-psiho-patologiile tradiționale și recente. În perspectivă psihiatrică, cea mai cunoscută clasificare a fost cea a lui *Kretschmer* privitor la tipul *picnic*, *leptosom* și *atletic*. În text redăm sugestiile mai recente ale lui von *Zerssen*:

- KRETSCHMER, E., (1930), *La structure du corps et de caractère*, Ed. Payot, Paris.
- ZERSEN, D.V., (1980), *Konstitution*, în *Psychiatrie der Gegenwart*, Band I/2, pg. 545-705.

Corporalitatea trăită, ca infrastructură a psihismului conștient, are la bază structura neuro-fiziologică a „schemei corporale” ce stă la baza imaginii de sine. Contribuții importante în studierea acestei probleme au avut:

- LHERMITTE, J., (1939), *L'image de notre corps*, Ed. Nouvelle, Rev. Critique, Paris.
 SCHILDER, P., (1935), *The image of human body*, Ed. Koenger et. Co.
 MERLEAU-PONTY, V., (1975), *Phénoménologie de la perception*, Ed. Gallimard, Paris.

Prima din lucrările citate este de orientare neuro-fiziologică și clinică (neuro-psihiatrică), cea de a doua de orientare psihanalitică, iar ultima de orientare fenomenologică.

Studii asupra temperamentului, caracterului și persoanei – inclusiv asupra tipologiei caracteriale – au fost extrem de multe în acest secol, atât în perspectivă normală, cât și psihopatologică. Considerăm ca avînd o importanță deosebită concepția lui Jung asupra „Personei” (ca arhetip fundamental opus „umbrei”). În ceea ce privește importanța rolului social pentru psihopatologie, menționăm o lucrare relativ recentă, de asemenea, deosebit de importantă:

- KRAUS, A., (1977), *Sozialverhalten und Psychose Manisch-Depressiver*, Ed. Enke, Stuttgart.

În ceea ce privește conceptul de „Eu conștient” (sau de conștiință a persoanei centrată de Eu) acesta este indispensabil și central pentru psihopatologie (și pentru orice psihologie antropologică). Redăm în schema 18 (p 392) perspectiva și schematizarea lui Scharfetter.

Dimensionarea existenței persoanei umane prin faptul de a coexista cu un altul (și cu alții) în contextul unor relații intersubiective e postulată în fenomenologia lui Husserl. Privitor la zona de trăire specială a intimității și interpătrunderii dintre persoane în contextul dragostei, există elaborări excelente în lucrările lui Max Scheller (care a colaborat cu psihopatologii). Privitor la comuniunea persoanelor, duală sau mai amplă, se pronunța Binswanger care introduce conceptul de „noi-tate” (Wirheit); aceasta precedînd individuația. În legătură cu diferențierea dintre zona intimă și cea publică a persoanei am făcut o prezentare detaliată în lucrarea noastră deja citată (p 386). Privitor la această temă se găsesc sugestii interesante în:

- NUTTIN, J., (1965), *La structure de la personnalité*, Ed. PUF, Paris.

Privitor la psihologia și psihopatologia familiei, a microgrupurilor și a perspectivei transculturale, există, de asemenea, o imensă literatură.

Problema inconștientului a fost și este o temă preferată a doctrinelor psihanalitice. Am preferat să rezumăm această problemă din perspectiva mai clinică a structuralismului german prezentată de Perilowitsch. O lucrare de sinteză și referință în acest domeniu este:

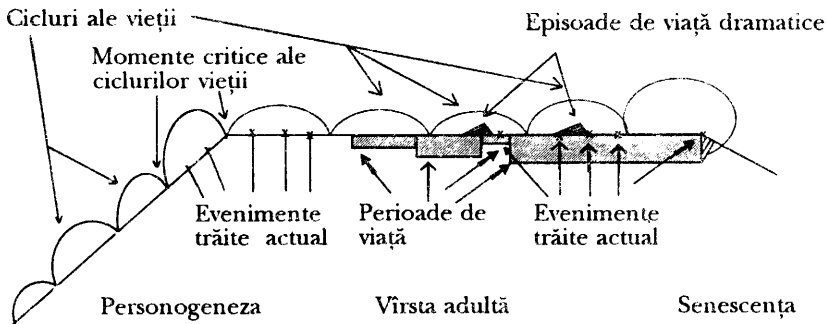
ELLEMBERGER, H.F., (1973), *Die Entdeckung des Unbewusstes*, Ed. Huber, Bern.

Comentariul inconștientului și conștiinței din perspectivă deontică (a „logicii deontice“ care operează cu valorile de permis, interzis, obligator) am dezvoltat-o într-o lucrare prezentată la Congresul Mondial de Psihiatrie de la Viena, 1983.

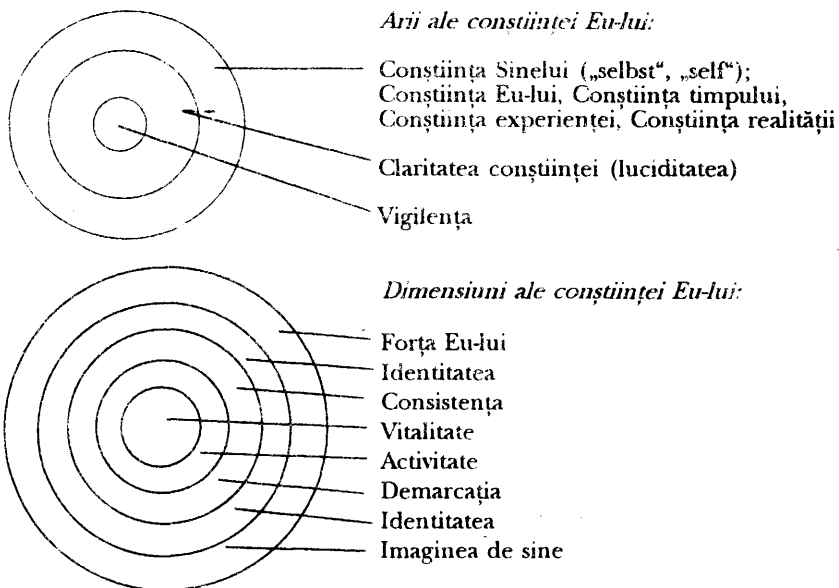
Am prezentat note mai ample la acest capitol introductiv tocmai pentru a sublinia că aspectul clinico-factologic pe care-l vom discuta în cursul cărții se articulează cu o problematică amplă a doctrinelor psihopatologice și cu problematica antropologică generală.

Schema 17

Dimensiuni ale existenței diacrone ale persoanei



Caracteristici și dimensiuni ale Eu-lui conștient (după Scharfetter)



NORMALITATE, ANORMALITATE, BOALĂ ȘI DEFECT ÎN PERSPECTIVĂ PSIHOPATOLOGICĂ

Problema anormalității și bolii psihice a fost abordată în toate lucrările importante de psihopatologie (Jaspers, Binder, Schneider), precum și în toate Manualele și Tratatatele de psihiatrie clasice și recente. Lui Jaspers îi datorăm prima elaborare a conceptelor de reacție, dezvoltare anormală, proces psihopatologic și defect procesual, precum și ideea că boala psihică este în mare măsură un construct teoretic. Ulterior, aceste noțiuni au fost

nuanțate în cadrul psihopatologiei germane (a se vedea anexa...) O lucrare clasică asupra problemei este:

MÜLLER-SUR, (1950), *Das Psychisch Abnorme*, Ed. Springer, Berlin.

Un comentariu nuanțat asupra problemei, pornind de la cazul concret al anxietății, se întâlnește în recenta lucrare a lui Häffner (p 386). Ey, pornind de la concepția lui Jackson, a încercat să circumscrie starea psihopatologică printr-o dezorganizare (disoluție) a psihismului conștient, care evidențiază structuri subjacente și implicate și care e urmată de o încercare de reorganizare (simptomele rezultând din aceste procese). Cu toate că există o multitudine de comentarii și abordări, pînă în prezent nu este definit un concept operațional explicit și suficient de acceptat al bolii psihice (așa cum s-a constatat și la Congresul Mondial de Psihiatrie de la Rio de Janeiro, 1993). Această problemă este tratată în cursul lucrării noastre.

Pentru perspectiva istorică și antropologico-culturală sînt utile lucrările care abordează istoria psihopatologiei (și psihiatriei) dintre care menționăm:

ALEXANDER, E.G., SELESNICK, S.T., (1972), *Histoire de la psychiatrie*, Ed. Colin, Paris.

POSTEL, J., QUETEL, Cl., (1983), *Nouvelle histoire de la Psychiatrie*, Ed. Privat, Toulouse.

FAUCAULT, M., (1961), *Folie et déraison*, Ed. Plon, Paris.

În zilele noastre teoria vulnerabilității și perspectiva psihiatriei comunitare ridică noi aspecte ale problemei. Pseudo-normalul vulnerabil a fost comentat de Kraus sub termenul de „normopatie” (cu referiri la Tipus Melancholicus a lui Tellembach), iar problema vulnerabilității persoanelor supradotăte în anumite domenii rămîne de mare actualitate.

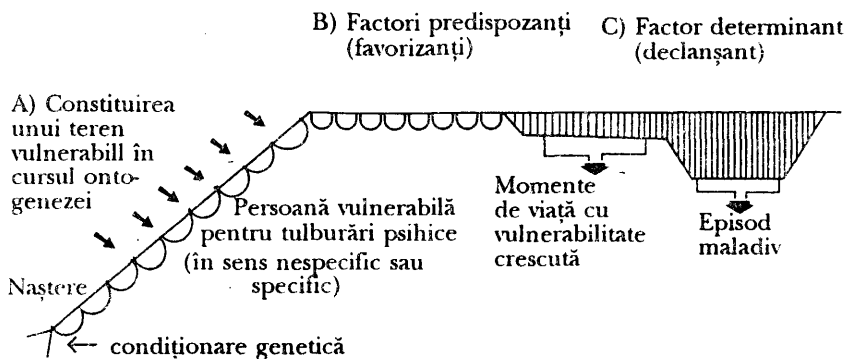
Episodul maladiv psihopatologic se caracterizează prin:

- un anumit tablou simptomatologic-sindromatologic (semiotic) caracteristic;
- o anumită modalitate de instalare a acestui tablou;
- o anumită intensitate a tulburărilor (în faza maximă);
- o anumită durată de la apariția primelor simptome pînă la remisiunea completă sau cu defect constant;
- o anumită respondență terapeutică.

Aspecte ale psihopatologiei diacrone (I):
 Terenul vulnerabil, creșterea circumstanțială a vulnerabilității, episodul psihopatologic

PERSONOGENEZA

VÎRSTA ADULTĂ



Creșterea circumstanțială a vulnerabilității (B) poate fi condiționată de:

- cumulara în timp relativ scurt a unor influențe psiho-sociale negative (psihotraume, schimbări de viață, frustrări, eșecuri, conflicte);
- epuizarea bio-psihică prin: efort susținut, lipsa somnului, boli somatice;
- reducerea circumstanțială a rețelei de suport social și a altor factori protectivi;
- conjuncția negativă a bio-psiho-ritmurilor antropo-cosmice;
- posibile influențe fizico-cosmice încă insuficient cunoscute.

Circumscrierea unei *boli psihice* presupuse în cazurile tipice:

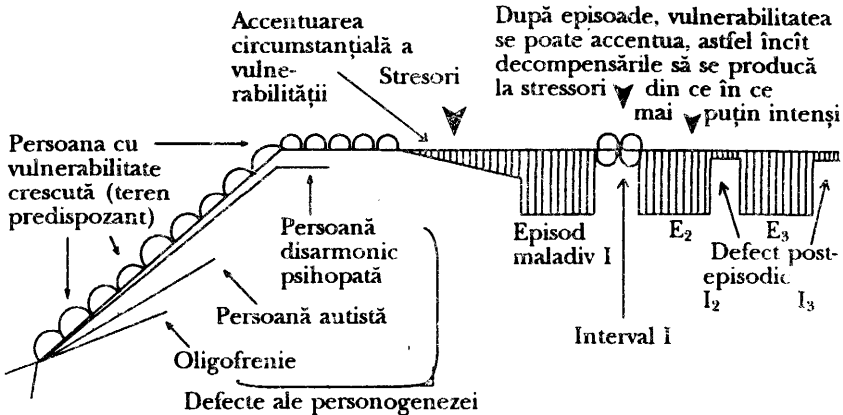
a) Un teren cu vulnerabilitate specifică (încărcătură genetică și „markeri” specifici).

b) O anumită corelație între caracteristicile terenului (trăsături de personalitate) și particularitățile simptomatologice ale episodului (ale stării malade).

Schema 20

Aspecte ale psihopatologiei diacrone (II)

Defecte ale personogenezei: episoade și intervale, defectul postepisodic, boala psihică



- c) Anumite particularități ale factorilor declanșatori.
- d) Succesiunea în timp a unor episoade de același tip clinic (semiologic).
- e) Defectul (eventual) prezintă simptome reziduale de același tip cu cele din perioada episoadelor.
- f) Respondență terapeutică specifică pe termen lung, nu doar referitoare la episod, ci și la prevenție.

DISONTOGENEZA

Conceptul de *disontogeneză* îl considerăm important pentru psihopatologia clinică. El se corelează strâns cu cel de vulnerabilitate deoarece în întreg cursul ontogenezei psihice se poate

realiza o vulnerabilizare progresivă a persoanei; sau, dimpotrivă, o dezvoltare care asigură persoana cu forțe, instrumente și abilități care o fac ca la vârsta adultă să fie mai puțin vulnerabilă.

Tulburările psihice predominant corectabile din cursul personogenezei sînt menționate tocmai deoarece ele, pe de o parte, pot fi expresia unui teren vulnerabil, pe de altă parte, pot crește vulnerabilitatea de fond (structurală) a persoanei.

Un alt aspect al problemei îl constituie faptul că anumite tulburări psihopatologice sînt caracteristice la anumite vârste. Acest fapt îl sintetizează von Zerssen în următoarea schemă:

Schema 21

Tulburări psihice specifice anumitor vârste
(după von Zerssen)

Etapa de dezvoltare	Debutul (evidențierea) unei anumite îmbolnăviri psihiatrice
<i>Copilarie (6-10 ani)</i>	
sugar (0-1 an)	- neuropatie - oligofrenie - autism infantil
mica copilărie (1-4 ani)	- psihosindrom exogen infantil - pavor nocturn
etapa preșcolară (4-6 ani)	- enurezis - balbism - logostenie
etapa școlii elementare (6-10 ani)	- onicofagie - ticuri
<i>Perioada maturizării (10-18 ani)</i>	
prepubertate (10-13 ani)	- psihopatie - dissociabilitate - deviație sexuală
pubertate (13-15 ani)	- anorexie mentală - nevroze obsesive
adolescență (15-18 ani)	- toxicofilie (cu substanțe volatile)

Perioada adultă (18 ani)

- | | |
|---------------------------------|--------------------------------|
| etapa deplinei maturări | – schizofrenie |
| corporale (18–45 ani) | – psihoze schizo-afective |
| | – psihoze afective bipolare |
| perioada involuției (45–60 ani) | – depresii endogene monopoiare |

Presenium (60–70 ani)

- demențe presenile
- demențe ASC

Senium 70 ani

- stări confuzionale + demențe
- demențe senile.

Relativ recent Rutter dezvoltă ideea unei „psihopatologii dezvoltamentale” care se cere abordată epidemiologic:

RUTTER, M., (1988), „*Epidemiological Approach to Developmental Psychopathology*”, Arch. Gen. Psychiat., vol. 45, May, pg. 486–495.

Problema personalităților dizarmonic psihopate, a „tulburărilor de personalitate” (cum este ea formulată în literatura anglosaxonă) este, în prezent, de mare actualitate datorită corelațiilor cu episoadele psihopatologice, mai ales psihotice. Lucrarea clasică în acest domeniu este:

SCHNEIDER, K., (1950), *Die psychopathischen Persönlichkeiten*, 9 Aufl., Ed. Dutike, Wien.

Punctul de vedere exprimat de Schneider, care neagă corelația dintre persoana psihopată și patologia psihică endogenă, este azi revizuit, în favoarea perspectivei kraepeliene și kretschmeriene care susțineau posibilitatea acestei corelații. Rămâne, însă, problema psihopatului sociopat (antisocial) pe care mulți autori îl consideră o entitate aparte. Acesta este descris clasic în cartea:

CLECKLEY, H., (1964), *The mask-of sanity*, Ed. C.V. Mosby, St. Louis.

Perspectiva deschisă de Cleckley s-a menținut în literatura americană care consideră drept o entitate (clinică) specială „psihopatul”, în sensul sociopat-anetopat-antisocial, așa cum îl comentează acest autor. Din multitudinea de lucrări cităm doar:

REID, W. H. et al., (1986), *Unmasking the Psychopath. Antisocial and Related Syndromes*, Ed. W. W. Norton, New York (iar din această lucrare menționăm mai ales primul articol al lui R. D. Hare "Twenty Years of Experience with the Cleckley Psychopath")

Viziunea și clasificarea din manualul american DSM-III (și din tratatul editat de Kaplan și Sadock) include, însă, psihopatul sociopat în aceeași serie cu celelalte tipuri.

Privitor la relațiile dintre structura patologică a personalității și psihoze, studii recente serioase se găsesc în:

JANZARIK, W., (ed.), 1988, *Persönlichkeit und Psychose*, Ed. Enke, Stuttgart.

Disontogeneza ce conduce la un defect psihic major la vârsta adultă se cere, de asemenea, menționată, deoarece se constituie astfel un teren anormal care ridică probleme prin el însăși, dar care trebuie luat în considerare și atunci când se supraadaugă noi tulburări psihice.

Problema persoanelor particulare a început să fie comentată în psihopatologie ceva mai recent, după ce entitatea persoanelor dizarmonic-psihoate a fost deja acceptată. Diferențierea dintre cele două nivele (grade) de anormalitate e prezentă în:

PETRILOWITSCH, N., (1960), *Abnorme Persönlichkeiten*, Ed. Karger, Basel.
LEONHARD, K., (1972), *Personalități accentuate*, Ed. Enciclopedică, București.

De menționat faptul că în cadrul eforturilor recente de a se elabora o nouă clasificare a bolilor psihice (ICD-10) într-unul din proiecte a figurat și categoria persoanelor particulare (anormale), distinctă de cea a persoanelor psihoate. Dar, în versiunea finală (1992) s-a renunțat la această categorie.

În ceea ce privește deficiențele minore, pe care aceste persoane le prezintă, acestea reprezintă un important domeniu al studiilor actuale (deficiențele de „maturitate”, „independentă”, „identitate”, toleranța scăzută la frustrare etc.). Mai elaborate sînt studiile privitoare la deficiențele capacităților de „coping” (de a

face față situațiilor stressante în condiții de relaționare socială). Acestea s-au dezvoltat în paralel cu studiul „situațiilor de criză” și cu studiul „rețelei de suport social”.

O lucrare clasică în acest domeniu este:

CAPLAN, G., (ed.), 1974, *Support System and Community Mental Health*, Ed. Basic Books Inc., New York.

Studierea deficiențelor de coping s-a focalizat inițial asupra schizofreniei, elaborându-se și multiple tehnici terapeutice de corecție și de creștere a acestei capacități. Problema s-a dovedit, însă, mai amplă, fiind prezentă în multiple stări defective post-maladive, dar și la multiple persoane mai mult sau mai puțin particulare. Mai nou deficiențele de „coping” sînt corelate și cu o perturbare pe care mulți o denumesc „distorsiune în testarea realității”. Adică, tulburări în recepția și evaluarea corectă a informațiilor situaționale, a celor privitoare la atitudinea altor persoane și privitor la propria persoană. Conform unei definiții (Billings, 1983, citat de Parker) prin „Coping” s-ar putea înțelege cogniția și comportamentele care servesc să se aprecieze semnificația stressorilor, să se controleze și să se reducă circumstanțele stressante și să se modereze tensiunea care, deseori, „acompaniază stressul”. Deficiența de „coping” condiționează o „vulnerabilitate crescută”. O perspectivă cognitivă asupra copingului și vulnerabilității este susținută de Perris (care va fi menționat în continuare). Capacitățile de „coping”, împreună cu amploarea rețelei de suport social și stilul de viață, s-au dovedit a fi parametri importanți pentru starea generală de sănătate a populației; fapt ce a determinat comentarea lor amplă în documentele OMS, mai ales în:

Targets for health for all, (1985), WPA, Copenhagen.

În perspectivă psihopatologică, persoanele particulare au importanță mai ales pentru patologia reactivă și neurotică. Dar, în funcție de „vulnerabilitatea” lor reală ele pot trăi toată viața și fără decompensări psihopatologice sau pot fi prezente episoade psihotice.

– Actuala clasificare internațională ICD-10 încearcă un compromis între tipologia tradițională europeană (avînd inspirația

în K. Schneider) și sistematica americană propusă de DSM-III. În această direcție se desfășoară și programele de cercetare ale lui Sass (Aachen).

O problemă dificilă și delicată este cea a diagnosticului personalităților tipologice atât în perspectiva intensității tulburării, cât și a tipologiei. Problema a devenit și mai complicată de îndată ce s-au încercat utilizarea unor criterii riguroase și s-a pretins combinarea perspectivei categoriale cu cea dimensională. Astfel, de exemplu, pentru tulburările de personalitate din DSM-III s-a elaborat un interviu structurat de către Phol, B., Stangel, D. și Zimmermann, M. (Structured Interview for DSM-III Personality SIDP, University of Iowa, 1983). Aceasta identifică întâi un număr de itemi ca: A) Stima de sine; B) Relații interpersonale; C) Egocentricitate; D) Lipsa emoționalității; E) Hiperexpresivitate; F) Incapacitatea de a se relaxa; G) Răspuns la critică; H) Sinceritate-stabilitate; I) Căutarea atenției și senzațiilor (emoțiilor); J) Pasiv-agresiv; K) Impulsivitate – asumarea riscului; L) Comportament disocial; M) Autopercepția problemelor de personalitate.

Pentru fiecare item (domeniu) se pun o serie de întrebări. De exemplu, pentru A. „Stima de sine scăzută” se pun zece întrebări. Răspunsurile redau anumite trăsături de personalitate cuantificabile ca intensitate. De exemplu, pentru acest item se pot obține ca rezultate cinci variante: 1) dependent neajutorat, căutînd siguranță; 2) acceptă pasiv ca alții să-și asume responsabilitatea pentru arii majore ale existenței; 3) Subordonarea propriilor nevoi celor ale persoanei de care depinde... 4) Lipsa autoîncrederii... 5) Scăderea stimei de sine...

Prin combinarea variantelor ce se obțin la toți itemii se pot realiza profiluri de personalitate care seamănă mai mult sau mai puțin cu cele descrise în DSM-III. Organizația Mondială a Sănătății (OMS) a elaborat și ea, sub coordonarea lui Loranger, un instrument standardizat de diagnosticare a tulburărilor de personalitate: *IPDE* (International Personality Disorder Examination).

Esențialul teoriei vulnerabilitate/stress constă în faptul că ea acceptă un cumul de factori diverși ce se adaugă în timp, la un nivel subclinic, făcînd ca unele persoane să ajungă mult mai predispușe pentru anumite boli psihice decît altele. Această teorie face posibilă corelația cu concepția „determinismului neliniar”

(și a structurilor disipative) care sînt comentate în ultimul timp în științele fizico-biologice, precum și cu teoria catastrofelor a lui Thom, pentru înțelegerea mutației bruște spre starea psihopatologică care se petrece, uneori, în prezența unor stresori minimi (de aceste corelații a fost preocupat Ciompi și ele stau în centrul preocupărilor Școlii de la Timișoara prin Dr. Ogodescu. O recentă teză de doctorat a Dr. T. Mircea încearcă aplicarea acestor teorii la patologia familială).

În continuare oferim cîteva trimiteri bibliografice privitoare la teoria vulnerabilitate-stress:

- ZUBIN, J., SPRING, B., *Vulnerability – a new view of schizophrenia*, Journ. Abnorm. Psychol. 88, 103–126, 1977.
- ZUBIN, J., (1989), *Die Anfassung therapeutischer Interventionen and die wissenschaftlichen Modelle der Aetiologie*, in Böker W., Brenner, H. D., Schizophrenie als Systemische Störung, Ed. Huber, Bern, Stuttgart, Toronto.
- OLBRICH, R., *Die Verletzbarkeit des Schizophrenen*, J. Zubins, Konzept der Vulnerabilität, Nervenarzt, 58, 65–71, 1987.
- LÖSEL, F., BLIESNER, H., *On the concept of „invulnerability“, evaluation and first results of the Vielefeld Project*. Paper presented at the First International Congress on Disorders of Personality 3–6 Aug. 1989, Copenhagen Denmark.
- PERRIS, C., *Towards an Integrating theory of Depression, Focusing on the Concept of Vulnerability*, Integr. Psychiatry, 5, 27.39, 1987.
- RUTTER, M., *Resilience in the Face of Adversity. Protective Factors and Resistance to Psychiatric Disorder*, Brit. J. of Psychiatry, 147, 598–611, 1985.
- LĂZĂRESCU, M., (1991), *Social Factors in the Ethiopathogenesis of schizophrenia* in the European Handbook of Psychiatry and Mental Health, Seva, A. (Ed.) Anthropos, Zaragosa, pg. 751–753.

Privitor la creșterea circumstanțială a vulnerabilității am dezvoltat acest termen într-o comunicare la al 9-lea Congres Mondial de Psihiatrie de la Rio de Janeiro, 1993. Menționez și articolul lui Post după care am prezentat schema din text.

- POST, R. M. et al., (1986), *Conditioning and Sensation in the Longitudinal Course of Affective Illness* in Brit. J. Psychiat., August, 149, pg. 191–201.

Rețeaua socială și rețeaua de suport social se cer comentate la acest nivel deoarece ea face parte, într-un fel, din dimensiunea persoanei. Prin specificul ființei sale, persoana umană nu se delimitează (ca și animalele) prin pielea și formele ce acoperă corpul său biologic, ci și prin extinderea ei în posesiune, pe de o parte, și în legăturile cu alte persoane, pe de altă parte. Aceste legături pot fi mai apropiate și strînse sau mai îndepărtate și laxe. Se cere făcută diferența între *contactul interpersonal-social* (ca expresie a „sociabilității”), *relația interpersonală*, care de obicei e exterioară, oficială, distantă și *legătura interpersonală* care face ca soarta unui om să-l intereseze și pe celălalt. Desigur, există tranziții între aceste trei aspecte. După cum există o perspectivă subiectivă în ceea ce privește contactul, relația și legătura și una obiectivă.

Rețeaua socială (R. S.) și R.S.S. sînt o expresie, pe de o parte, a firii, particularităților și manifestărilor persoanei, iar, pe de altă parte, ea ține parțial și de factori exteriori persoanei, circumstanțiali sau persistenți (șanse, întîmplări, destin). În perspectivă psihopatologică există o strînsă corelație între vulnerabilitate, R.S.S., capacități de coping și starea de echilibru sau tulburare psihică. O R.S.S. și capacități de coping reduse fac persoana mai vulnerabilă față de evenimentele de viață stressante. Pe de altă parte, episoadele maladive pot lăsa în urma lor ca unic defect, reducerea capacităților de coping și a R.S.S.; ceea ce crește vulnerabilitatea și predispune la recăderi. De obicei, prin evoluția îndelungată a unei tulburări psihice, R.S.S. se reduce progresiv, astfel încît unul din obiectivele „managementului psihiatric” este menținerea, substituirea sau amplificarea R.S.S.

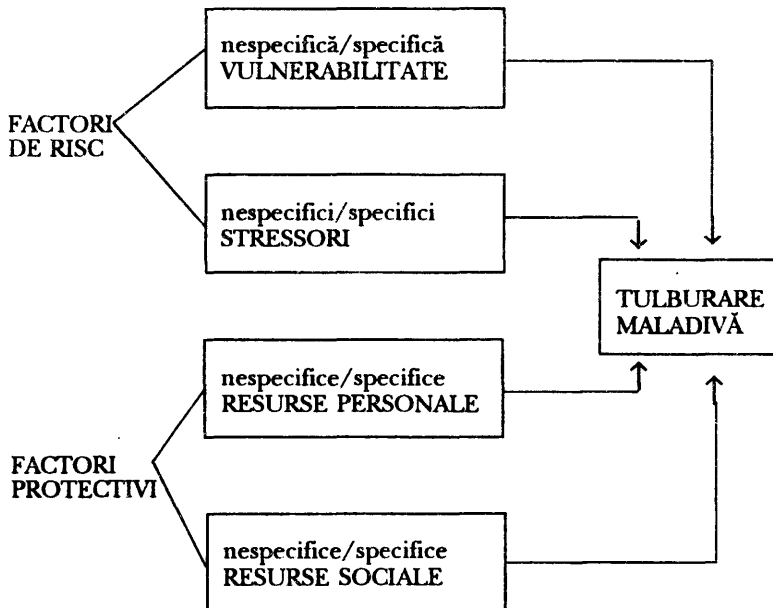
În continuare prezentăm cîteva date bibliografice referitoare la cele expuse în text:

- MUELLER, D. P., (1980), *Social networks: A promising direction for research on the relationship of the social environment to psychiatric disorders*; Soc. Sit. & med., 140, 147-161.
- GOTTLIEB, B. H., (1982), *Social Networks and Social Support*, Ed. Beverly Hills, Calif. Sage Publishers.
- BIALAS, C., (1988), *Soziale Netzwerke. Zu einer soziologischen Konzeption unter Psychiatrie*, in Psychiat. Neurol. und Med. Psychiat, Leipzig, 40, 2, 65-74.
- VEIEL, N. O., (1987), *Soziale Unterstützung – ein neuer Forschungsansatz in der Epidemiologie psychischer Störungen*, Nervenheilkunde, 6, 36-41.

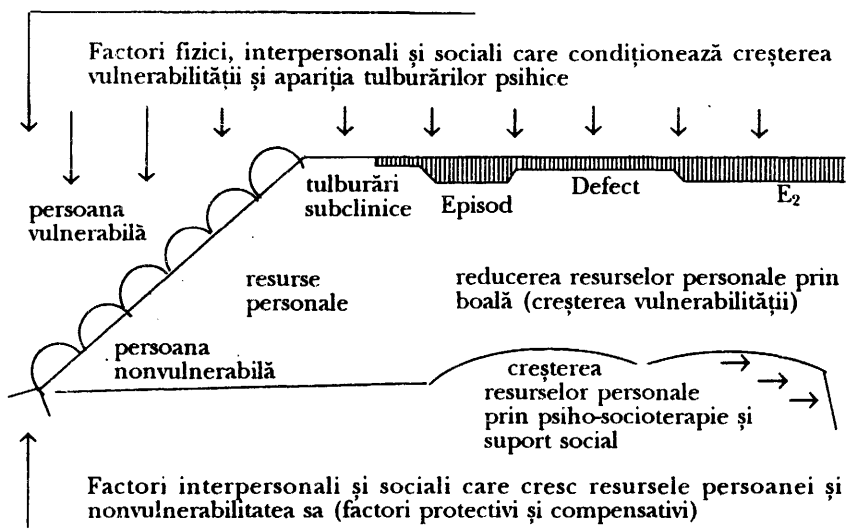
- VEIEL, N. O., (1987), *Das Mannheimer Interview sur Sozialen Unterstützung, Konstruktion, Anwendungsmöglichkeiten*, in Angemayer M. (ed.), *Soziales Netzwey Abwendungsmöglichkeiten*, Ed. Springer, Heidelberg.
- VEIEL, N. O., (1985), *Dimension of Social Support: a conceptual framework for research*, in *Social Psychiatry*, 20, 165–162.
- NENDERSON, S., (1980), *Measuring social relationship: The Interview Schedule for social interaction*, *Psychol. Med.*, 10, 723–734.
- SARASSON, L. G., LEVINE, N. M., (1983), *Assesing Social Support: the social support Questionnaire*, *J. Personal & Soc. Psychol.*, 44, pg. 127–139.
- BEELS, C. C. et all., (1984), *Measurements of Social Support in Schizophrenia*, in *Schizophrenia Bulletin*, vol. 10, nr. 3, pg. 410–411.
- VRAȘTI, R., LĂZĂRESCU, M., (1985), *Întinderea și calitatea rețelei sociale, atribut al evoluției în schizofrenie*, în *Neurol., Psychiat., Neurochirurgie*, 4, 303–308.

Schema 22

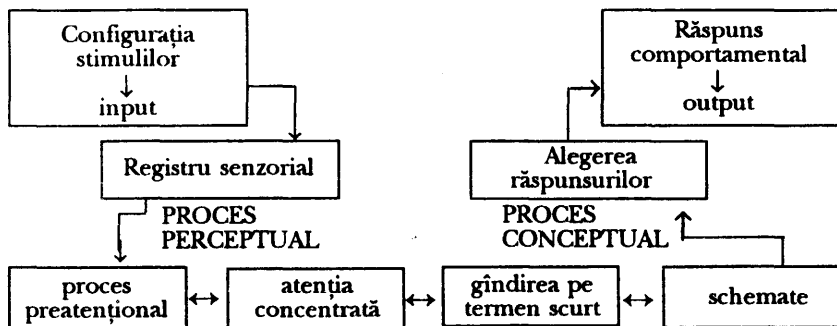
Aspecte ale vulnerabilității (cupă Lossel, 1987)



Aspecte dinamice ale vulnerabilității și resurselor

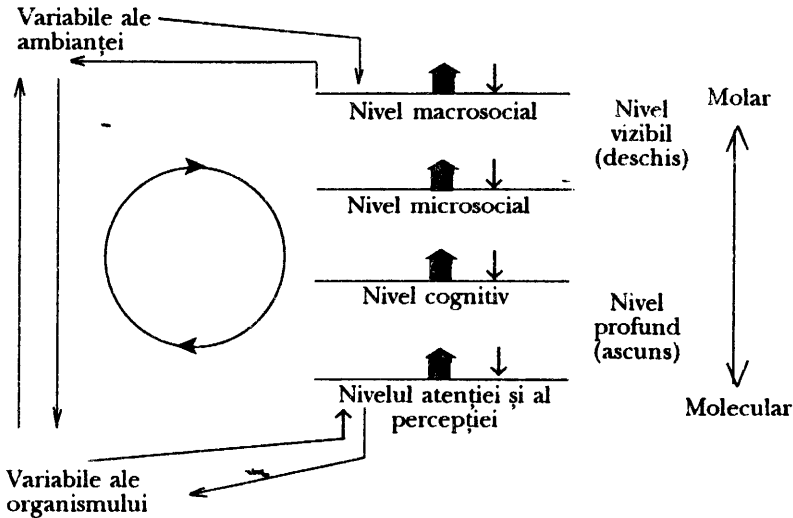


Relațiile dintre procesele neuronale, cognitive și afective în controlul comportamentului. Perspectiva psihopatologică privitoare la schizofrenie d.p.d.v. al teoriei vulnerabilității la stress (după Brenner)



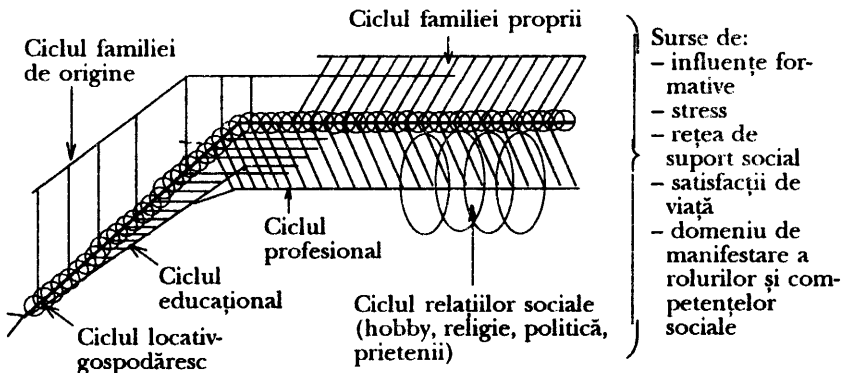
Schema 25

Reprezentare schematică a dezvoltării și organizării ierarhice a deficitului comportamental în schizofrenie, în perspectiva teoriei vulnerabilitate stress (după Brenner)



Schema 26

Ciclurile vieții în perspectiva rețelei sociale personale proximale



În toate ciclurile paralele ale vieții persoana are șansa unor relații interpersonale și sociale, în sensul expresiei, comunicării, identificării, afirmării.

DETERMINISM ÎN PSIHOPATOLOGIE

Una din axiomele psihopatologiei se referă la faptul că manifestările clinice anormale (aberrante, maladive) nu sînt ceva străin și exterior existenței persoanei, ci ele sînt înscrise ca o limită în însăși infrastructura conștientă a acesteia. Întrebarea „de ce unii oameni evaluează în limitele normalității, alții se dovedesc puternici și creatori, iar alții ajung la tulburări psihice?” – este o chestiune tulburătoare la care ne putem mulțumi cu răspunsuri de circumstanță doar în cazuri de grav accident somatic ce are drept consecință defecte psihice majore. Dar, prin însăși natura lui, accidentul este ceva imprevizibil, care aduce în discuție aleatoriul. Dacă, pe de altă parte, luăm în considerare „determinismul endogen” așa cum a fost el comentat în capitolele anterioare din perspectiva teoriei vulnerabilitate/stress (deci, prin cumulara transgenerațională, biografică și conjuncturală a unor factori ce cresc vulnerabilitatea pînă la un punct limită) atunci din nou libertatea persoanei individuale este pusă în discuție, de data aceasta nu din perspectiva „aleatorului”, ci a „necontrolului”. Oricum, ideea de „destin” reapare la orizontul gândirii psihopatologice antropologice contemporane.

În determinarea sau declanșarea unui episod psihopatologic (E.P.) influența factorilor fizico-biologici pare, la prima vedere, să nu ridice probleme de interpretare. Totuși, acțiunea lor se înscrie și ea în paradigma raportului dintre teren (vulnerabil) și stress (actual). De precizat că mecanismele concrete de acțiune ale acestor factori sînt doar parțial cunoscute.

În capitolul de față am acordat un spațiu larg aspectelor metodologice și inventarului influențelor psiho-sociale, deoarece aceste probleme sînt neglijate în aproape toate lucrările de psihopatologie clinică; ceea ce nu permite o înțelegere globală și

nuanțată a tuturor factorilor ce concură la constituirea unei anumite stări actuale (anormale, patologice) a pacientului.

În perspectiva tradițională tema „psihogenezei” era comentată în cadrul psihopatologiei – mai ales în legătură cu „reacțiile comprehensibile” – așa cum acestea au fost circumscrise de către Jaspers. Am menționat în text că acest concept a fost mult dezvoltat chiar în cadrul psihopatologiei germane (a se vedea și Anexa 1). Contribuțiile mai noi, pe care le-au adus școlile anglofone se referă la: rolul evenimentelor de viață (E. V. – Life Events în engleză L.E.), de fapt, a evenimentelor și schimbărilor de viață, mai mult sau mai puțin stressante, dar oricum intens solicitase); b) constituirea, amploarea, calitățile și variațiile rețelei de suport social; c) diapazonul capacităților de „coping” a persoanelor predispuse (vulnerabile) pentru tulburări psihice (sau pentru recăderi). Alte aspecte care au intrat în obiectivul preocupărilor doar în ultima perioadă se referă la: – rolul satisfacțiilor de viață, a calității vieții și a sentimentului de mulțumire-fericire; – ciclurile vieții și problemele critice ale acestora; – problematica „nișei ecologice” umane în care pacientul își desfășoară existența etc.

Dar, corelațiile dintre primele trei aspecte menționate (la a, b și c) au fost mai mult studiate. În continuare, câteva date bibliografice în acest domeniu:

- BROWN, G. W., HARRIS, T., (1978), *Social Origins of Depression*, Ed. The Free Press, New York.
- KATZSCHNIG, H., (1985), *Life Events and Psychiatric Disorder*, Ed. Cambridge University Press, Cambridge.
- COMEN, S., WILLIS, T., (1985), *Stress, social support and the buffering hypothesis*, Psychol., Bull, 98, pg. 310–357.
- KAPLAN, N. B., (1983), *Psychosocial stress. Trends in Theory and Research*, Ed. Academic Press, Inc., New York.
- PAYKEL, E. E., (1978), *Contribution of life events to the causation of psychiatric illness*, in Psychol. Med., 8, 245–254.
- DAY, R., (1981), *Life Events and Schizophrenia, The triggering hypothesis*, in Acta Psychiat. Scand. 64, 97–127.
- DOMRENWEND, B. P., DOMRENWEND, B. S. (ed.) (1976), *Stressful Life Events. Their Nature and Effects*, Ed. John Wiley, New York.

Aspecte istorice în înțelegerea condiționării psiho-sociale a tulburărilor psihopatologice în psihopatologia clasică germană

O contribuție clasică o are Școala germană de psihopatologie care s-a preocupat predominant de tulburările din „mica psihiatrie” (reacții, nevroze, dezvoltări). Pot fi menționate contribuțiile următorilor autori:

K. Jaspers introduce noțiunea de „reacție psihopatologică comprehensibilă”. Aceasta e determinată direct de trăirea semnificației unui eveniment psihotraumatic. Ea este comprehensibilă în sensul că același tip de reacție s-ar fi produs la orice om în condiții similare. Anormalitatea constă în intensitate și durată. Dacă cauza dispare se produce, în mod spontan, o remisiune completă.

E. Kretschmer comentează două tipuri de reacții anormale.

- Reacțiile „suprapersonale” care exprimă un mod simplu, primitiv (biologic) de reactivitate. În această categorie ar intra leșinul histeric (comparat cu „reflexul de mimare a morții”, totstel-reflex, descris în biologie), reacția exploziv-agresivă, reacția de agitație confuzivă (= similară cu „bewegungsturm” ce se constată la animalele aflate în captivitate).

- Reacții specifice ale personalității. Acestea se corelează cu particularități structural-tipologice ale unor persoane particulare (anormale), care sînt extrem de sensibile la anumite tipuri de evenimente (semnificații trăite) ce se potrivesc persoanei respective ca și „cheia la broască”. În prezența unui astfel de eveniment apare o dezvoltare reactivă prevalențială prelungită, în sensul că ansamblul preocupărilor și activităților individului devin unidirecționate și rigide, cu ignorarea altor direcții. Kretschmer a descris dezvoltarea senzitivă, expansivă și autistă. Astfel de „reacții ale personalității” au fost considerate, ulterior, ca specifice personalităților dizarmonice-psihopate, descriindu-se și alte teme (de gelozie, hipocondriace etc.). Se ridică problema diagnosticului diferențial cu paranoia, înțeleasă ca psihoză endogenă delirantă sistematizată.

K. Schneider și-a adus contribuția lui, de asemenea, în mai multe direcții:

– Pe de o parte, el a descris „personalitățile psihopate“, în sens de persoane anormale care se încadrează mai dificil în societate, au o tipologie particulară și suferă sau fac pe alții să sufere mai mult decât media populației. K. Schneider consideră că acestea trebuiesc considerate ca variante antropologice și nu ca „boli“ psihice (parțial dezvoltate, mitigate, defecte etc.), diferiindu-se de poziția lui Kraepelin. Tipologia psihopaților e prezentată într-o manieră nesistematică. Psihopații fac mai des reacții anormale diverse.

– O altă contribuție importantă a lui K. Schneider se referă la reacțiile psihopatologice. Sintetizînd mai multe idei și observații ale Școlii germane el insistă asupra următoarelor aspecte:

● Reacția se produce nu în raport cu un eveniment ce se petrece în jurul subiectului, ci în raport cu trăirea de către acesta a unei anumite semnificații (= Erlebnisreaktion).

● Reacția este favorizată de factori circumstanțiali care modifică fundalul psihismului, de exemplu, prin: cumularea în scurt timp a mai multor trăiri nefavorabile, epuizarea etc.

● Reacția anormală mai poate fi favorizată și de oscilațiile endotime care se petrec la nivelul profund al structurii psihismului și care pot condiționa momentul de vulnerabilitate crescută (hintergrund-reaktion).

Ținîndu-se cont de toți acești factori (inclusiv de structura personalității) „reacția psihopatologică“ poate fi, la o primă apreciere, mai puțin „comprehensibilă“ decât o imagina Jaspers. De menționat și faptul că Schneider nu utilizează conceptul de nevroză.

N. Petrilowitsch a dezvoltat ideile lui K. Schneider și Școlii germane în perspectiva structuralismului. Privitor la modificările (anormalitățile) structurii caracteriale, el acceptă 2 variante;

● Persoane anormale (abnormepersönlichkeiten) care au evidente particularități tipologic-caracteriale și unele deficiențe (anormalități) structural-comportamentale.

● Persoanele psihopate care reprezintă forme grave de persoană anormală cu inserție socială deficitară și comportament dissocial manifest.

Autorul insistă și asupra faptului că structurarea anormală a personalității în cursul ontogenezei depinde doar parțial de evenimentele excepționale, mai importante fiind „atmosfera psihologică” nefavorabilă persistentă (mai ales ca familială) care impregnează progresiv structura.

● Petrilowitsch mai susține și ideea unor „dezvoltări psihopatică” în dublu sens: pe de o parte, persoanele anormale pot în cursul vieții adulte să-și accentueze trăsăturile negative afirmându-se ca pregnant psihopate. În al doilea rând, el reia ideea dezvoltărilor reactive prevalențiale ce pot apare la personalitățile anormal-psihopate.

● În ceea ce privește „reacțiile psihopatologice” Petrilowitsch preia toate nuanțele comentate de Schneider, insistând asupra unei vulnerabilități de fond, structurale, realizate de-a lungul biografiei, atât prin „atmosfera psihologică” în care a trăit, cât și prin evenimente psihotraumatice excepționale, care nu au fost metabolizate complet, lăsând urmă și sensibilități care se corelează între ele peste timp. În plus, el adaugă și o nouă variantă care corespunde unui concept restrâns al „nevrozei”. Acesta ar avea la bază:

● Constituirea în zona preconștientă a psihismului a unui „eu secund” relativ detașat de ansamblul persoanei (așa cum susținea Jung) și care parțial poate fi constituit din material psihic refulat, neacceptat de conștiință (deci, în conformitate cu concepția psihanalitică clasică). Această zonă psihică preconștientă ar sta la baza „ego-distoniei” persoanei și ea se constituie progresiv ca un centru de acumulare a tuturor trăirilor neplăcute insuficient de metabolizate în structura psihică. Din zona preconștientă acest „corp străin intrapsihic” condiționează anumite atitudini, sensibilități, opțiuni, dar și un conflict intrapsihic latent, care epuizează și inhibă persoana. În anumite împrejurări această dedublare psihică accentuându-se se poate ajunge la stări de nevroză și după mecanismul descris de psihanaliza lui Freud.

H. Binder sistematizează toate aceste contribuții ale psihopatologiei germane, considerînd ca distincte:

- persoana anormală și psihopată;
- dezvoltarea psihopatică și dezvoltarea (reactivă) prevalențială;

– dezvoltarea astenică și personalitatea astenică (pe care o consideră ca avînd la bază suferințe somatice, neurologice, endocrine, toxice etc.;

– reacția comprehensibilă;

– trăirea reactivă anormală favorizată de factori ce se cumulează biografic și recent (în sensul lui Schneider și Petrilowitsch);

– nevroza ca stare și dezvoltare nevrotică, în sensul psiha-nalitic și cel analizat de Petrilowitsch.

Bräutigam, acceptînd și el variantele de mai sus, insistă mai mult asupra nevrozei în sens predominant psiha-nalitic, consi-derînd că între personalitățile anormale psihopate se poate distinge o polarizare între:

– persoana anormală predominant ego-distonă „de tip nevrotic” (în sensul „nevrozei de caracter”);

– persoana anormal-psihopată ego-sintonă, răzbătătoare și amorală (corespunzînd psihopatului sociopat al anglo-saxonilor).

Frankl atrage atenția asupra unei modalități speciale de trăire particular-anormală, sub forma de „criză” sau „stare de nevroză” care are la bază problematizări spirituale, conflicte profunde ale conștiinței morale și ale angajării responsabile într-un drum existențial cu sens.

Alte contribuții ale Școlii de psihopatologie germanofonă se referă la domeniul psihozelor. Menționăm doar teoria structural-dinamică a lui Janzarik în corelație cu care s-au dezvoltat și concepțiile lui P. Berner (la Viena) și H. Huber (la Bonn), concepția despre Afektlogik a lui Ciompi și întreaga contribuție a Școlii din Berna (Böcker, Brenner), care reușește o articulație între psihopatologia germană tradițională și direcțiile de studiu recente ale Școlilor anglofone.

Autorii invocați în textul de mai sus au fost în majoritate menționați, prin unele din lucrările lor, la bibliografie. Notăm în plus:

BINDER, N., (1960), *Die psychopathischen Dauerszustande und die abnormen seelischen Reactionen und entwicklungen in Psychiatrie*.

BRAUTIGAM, W., (1968), *Reactionen, Neurosen, Psychopathien*, Ed. Thieme, Stuttgart.

Influențe psiho-sociale

Liste de evenimente de viață

Primul program important de studiere a valorii evenimentelor de viață (E.V.) în influențarea vieții persoanei, inclusiv în condiționarea unor stări general patologice și psihopatologice, a fost cel al lui *Holmes și Hare*. Acești autori au selectat o listă de „evenimente de viață” și pe baza unor studii populaționale sofisticate – în care a fost implicată în cele din urmă și mass-media – au stabilit un punctaj pentru fiecare tip de eveniment considerat semnificativ pentru populația americană a anilor '60. Aceste studii au fost replicate și în alte spații culturale cu unele rezultate convergente. Totuși, pretenția exagerată de cuantificare exactă a E.V. nu a putut rezista aplicărilor practice, astfel încât acest program are în prezent mai mult o importanță istorică. În tabelul ce va urma se prezintă lista E.V. în ordinea importanței ce le-a fost conferită inițial de autorii americani. Alături se prezintă nivelul (poziția) ierarhică găsită de cercetătorii suedezi la populația tânără, precum și gruparea acestor E.V. pe domenii de existență:

ITEM	poziția ierarhică		Categoriile itemilor schimbărilor de viață
	americ.	suedezi	
Moartea unuia dintre soți	1	1	<i>Familiale:</i> Moartea unui soț
Divorț	2	3	Divorț
Separare maritală	3	5	Separare maritală
Moartea unui membru apropiat al familiei	4	7	Moartea unui membru apropiat al familiei
Căsătorie	5	10	Căsătorie
Detențiune în închisoare	6	2	Reconciliere maritală
Rănire gravă sau boală	7	4	Schimbare majoră în starea
Pensionare	8	12	sănătății familiei

ITEM	poziția ierarhică		Categoriile itemilor schimbărilor de viață
	americ.	suedezi	
Concediere	9	9	Graviditate
Reconciliere maritală	10	14	Schimbare majoră în relațiile cu soția
Dificultăți sexuale	11	8	Adăugarea unui nou membru în familie
Moartea unui prieten apropiat	12	11	Fiul sau fiica părăsește casa
Schimbări majore în sănătatea familiei	13	6	Neplăceri cu legea –
Graviditate	14	13	Dificultăți cu legea
Schimbare majoră în starea financiară	15	18	Soția sau soțul începe sau încetează să lucreze
Schimbare majoră în relațiile cu soția	16	22	Schimbări majore în unitatea familiei
Adăugarea unui nou membru în familie	17	16	<i>Personale:</i>
Schimbare majoră în afaceri	18	15	Detențiune în închisoare
Schimbarea locului de muncă	19	17	Răniri grave sau boală
Ipotecă	20	26	Dificultăți sexuale
Începerea sau sfârșitul școlii	21	28	Moartea unui prieten apropiat
Schimbare majoră în responsabilitățile de muncă	22	19	Începerea sau sfârșitul unei boli
Fiul sau fiica părăsesc casa	23	21	Realizări personale remarcabile
Dificultăți cu legea	24	25	Schimbări majore în condițiile de locuit
Ipotecă sau împrumut peste 10.000 \$	25	23	Schimbarea școlii
Soția (soțul) începe sau încetează să lucreze	26	27	Revizuire majoră a obiceiurilor personale
Dificultăți cu patronul	27	24	Schimbare majoră în activitățile sociale
Remarcabile realizări personale	28	35	Schimbare majoră în modalitățile de petrecere a timpului

ITEM	poziția ierarhică		Categoriile itemilor schimbărilor de viață
	americ.	suedezi	
Schimbare majoră în condițiile de locuit	29	20	pului liber
Schimbarea școlii	30	29	Schimbare rezidenței
Schimbare majoră în condițiile de muncă	31	30	Schimbare majoră în activitățile religioase
Revizuire majoră a obiceiurilor personale	32	31	Schimbare majoră în obiceiurile de dormit
Schimbare majoră în activitățile sociale	33	32	Schimbare majoră în obiceiurile alimentare
Schimbare majoră în activitățile de recreere	34	34	Profesiune – vocație
Ipotecă sau împrumut sub 10.000 \$	35	38	Sărbători – Crăciun
Schimbarea rezidenței	36	33	Violare minoră a legilor.
Schimbare majoră în activitățile religioase	37	36	<i>De muncă:</i>
Schimbări majore în unitatea familiei	38	40	Pensionare
Idem în obiceiuri de dormit	39	39	Concediere
Schimbări majore în obiceiurile alimentare	40	41	Schimbare majoră în afaceri
Profesie (vocație)	41	42	Schimbarea locului de muncă
Crăciun, sărbători	42	43	Schimbare majoră în responsabilitățile de muncă
Violare minoră a legii	43	37	Neplăceri cu patronul
			Schimbare majoră în condițiile de muncă
			<i>Financiare:</i>
			Schimbare majoră în starea financiară
			Ipotecă
			Ipotecă sau împrumut peste 10.000 \$
			Ipotecă sau împrumut sub 10.000 \$

RAHE, R. M., LUNDBERG, E., et al. (1971), *The Social reajustment rating scale. a comparison study of swedes and american*, in J. Psychomat. Res. 15, 241–249, Ed. Pergamen Press Ireland.

E.V. recente, care pot juca un rol important în apariția unui Episod psihopatologic sau a unei recăderi, sînt identificate, după

diverse modalități, în cadrul unor sisteme de evidențiere semi-standardizată a datelor. Astfel, în *PHSD* – scala elaborată de OMS pentru studierea episoadelor succesive de boală – se propune ca înaintea fiecărui episod să se identifice următoarele:

I T E M	Perioada de timp			
	0-3 luni ante- rior	4-6 luni ante- rior	7-9 luni ante- rior	10-12 luni ante- rior
1. Pacientul a avut o boală sau o suferință fizică ce l-a reținut la pat cel puțin o săptămână sau a determinat internarea (Specificați				
.....)				
2. Pacientul percepe una din următoarele: schimbare majoră a tipului muncii; schimbare majoră în activitatea gospodărească, schimbare majoră în responsabilitățile față de muncă (promovare, retrogradare) (Specificați.....				
.....)				
3. Pacientul a fost concediat sau retras de la muncă. (Specificați.....				
.....)				
4. Pacientul și-a părăsit slujba din proprie inițiativă, fără a începe alta. (Specificați.....				
.....)				
5. Pacientul face tentative de suicid (specificați modul și circumstanțele) (Specificați.....				
.....)				
6. Pacientul a avut un accident (Specificați.....				
.....)				

I T E M	Perioada de timp			
	0-3 luni ante- rior	4-6 luni ante- rior	7-9 luni ante- rior	10-12 luni ante- rior
7. Pacientul a avut o importantă schimbare în activitatea instrucțională, începe sau sfârșește școala, universitatea; schimbă școala, universitatea; pierde examene neimportante (Specificați.....)				
8. Pacientul a avut o importantă schimbare în starea financiară creștere sau scădere importantă a venitului personal (sau familial dacă depinde de acesta); datorii majore, pierderi mari personale (proprietăți etc.) (Specificați.....)				
9. Pacientul a avut probleme judiciare: reținut pentru cercetări anchetat, detenții, chemat în fața tribunalului etc. (Specificați.....)				
10. Moartea unui apropiat apropiat (soț, soț soție), părinți copii, frți sau o altă persoană apropiată. (Specificați.....)				
11. Pacientul s-a căsătorit				
12. Pacientul a divorțat sau s-a despărțit de partenera sa din cauza unor certuri (Specificați.....)				
13. Schimbări majore în relația cu partenerul, fără să includă divorțul sau separarea				

I T E M	Perioada de timp			
	0-3 luni ante- rior	4-6 luni ante- rior	7-9 luni ante- rior	10-12 luni ante- rior
14. Pacientul și-a schimbat reședința: a) în aceeași localitate; b) s-a mutat în altă localitate				
(Specificați.....)				
15. Pacientului i s-a născut un copil				
16. Sarcină, întrerupere, avort (trăită de femeie sau de prietena sau soția pacientului)				
(Specificați.....)				
17. Modificări importante familiale ce afectează familia ca unitate (dispersarea familiei, copiii părăsesc familia, creșterea numărului de membri al familiei prin mutarea unor aparținători etc.)				
(Specificați.....)				
18. Schimbări importante într-o relație personală (o alta decât cu partenerul)				
(Specificați.....)				

Sistemul american de diagnostic pe axe DSM-III (R) cere și el ca pe axa IV să se identifice E.V. trăite de pacient în ultima perioadă (6 l) sau ca situație prelungită. Se prezintă și o listă orientativă a evenimentelor și care e următoarea:

- Conjugal (marital și nonmarital): De exemplu, logodna, căsătoria, dezacordul, separarea, moartea soțului;

- Parental, de exemplu, a fi pentru prima dată părinte, tensiuni cu copilul, boală a copilului;
- Alte probleme interpersonale. De exemplu, probleme cu prietenii, vecinii, membrii neconjugali ai familiei, boala celui mai bun prieten, relații încordate cu șeful;
- Ocupaționale, incluzând munca, școala, gospodăria, șomajul, pensionarea, probleme școlare;
- Circumstanțe de viață. De exemplu, schimbarea rezidenței, frică în ceea ce privește siguranța personală, imigrarea;
- Financiare. De exemplu, câștig, neadecvat, schimbarea statutului financiar;
- Legale. De exemplu, arest, închisoare, urmărire juridică, cercetare;
- Developmentale. Faze ale ciclurilor vieții, de exemplu, pubertatea, trecerea la statutul de adult, menopauza, începutul vârstei de 50 ani;
- Boli sau accidente fizice, inclusiv operații și avorturi (dacă nu sînt trecute pe axa III);
- Alți stressori psihosociali, de exemplu, dezastru natural, persecuție, sarcină nedorită, agresiune cu jaf;
- Factori familiali (pentru copii și adolescenți).

Stressorii sînt clasificați în acuți (cu durată de sub 6 luni) și predominant persistenți. Un aspect particular al sistemului DSM-III este pretenție ca aceste E.V. să fie evaluate ca intensitate în conformitate cu 5 valori: absent, ușor, moderat, sever, extrem.

Unul din instrumentele extrem de elaborate și utile este chestionarul *PANI* a lui Zimmerman. El se referă, în esență, la evenimentele care au avut loc cu un an înaintea unui anumit moment (debutul simptomelor, data internării, ziua interviului), dar și înainte de această perioadă dacă se consideră că au avut un impact pozitiv sau negativ asupra vieții pacientului (nu interesează atît de mult dacă ele au fost resimțite plăcut sau neplăcut în momentul producerii, cît faptul dacă ele au avut un impact pozitiv sau negativ; ambele eventualități putînd fi cotate între 0-4, iar același eveniment putînd avea valori în ambele compartimente). Interviu reglementează felul în care să se coteze evenimentele ce se repetă la scurt interval și măsura în care ele sînt independente sau nu de subiect. Sînt parcurse mai multe arii ale existenței. Astfel:

	Dacă da, cu cât timp în urmă	Impact negativ 0-4	Impact pozitiv 0-4
RELAȚII INTIME – CĂSĂTORIT			
Care este statutul marital actual? S-a schimbat în ultimul timp (data?)			
Dă-mi voie să te întreb despre unele probleme, chiar dacă ele nu se potrivesc:			
1. Căsătorit fără acordul familiei			
2. Căsătorit cu acordul familiei			
3. Se logodește cu acordul familiei			
4. Se logodește fără acordul ei			
5. Separare familială datorită dificultăților maritale			
6. Separare de soție/soț pentru mai mult de o lună pentru alte cauze decât dificultăți maritale și anterior spitalizării psihiatrice a subiectului interviuat.			
7. Divorț			
8. Reîmpăcare cu soția/soțul după separare datorită dificultăților maritale (de ex., reconciliere)			
9. Ai fost infidel soției/soțului			
10. Soția/soțul ți-a fost infidel.			
RELAȚII INTIME – NECĂSĂTORIT itemi 11-21			
RELAȚII INTIME – PRIETENI, RUDE itemi 22-48			
REZIDENȚA itemi 49-58			
OCUPAȚIA itemi 59-83			

	Dacă da, cu cît timp în urmă	Impact negativ 0-4	Impact pozitiv 0-4
FINANȚE itemi 84-90			
DESPRE CALITATEA DE PĂRINTE itemi 91-110			
STUDENT itemi 111-124			
MORȚI itemi 125-132			
SĂNĂTATE itemi 133-151			
RELAȚII INTERPERSONALE itemi 152-171			
JURIDIC itemi 172-184			
GHINIOANE itemi 185-186			
DIVERSE itemi 186-197			

În total sînt 197 itemi.

Evenimentele de viață sînt ingenios sistematizate în sistemul Foi de observație standardizată AMDP. Ele sînt evidențiate în cadrul Fișei nr. 3, cea privitoare la antecedentele psihopatologice, la poziția 23. Sistemul constă din prezentarea unei matrici în care pe verticală sînt notate evenimentele de viață, iar pe orizontală intervalul de timp în care acestea s-au petrecut. În esență, această matrice se prezintă în felul următor:

Perioada de viață	5	5-15	15-25	25-45	45-60	> 60	fără obs.	fără răsp.
Moartea tatălui								
Moartea mamei								
Separare de părinți peste un an								
Separare/divorț								
Părinți								
Plasament peste un an – adopțiune								
Obligații militare								
Căsătoria pacientului								
Separare/divorț al pacientului								
Moartea partenerului								
Nouă legătură								
Avort (F)								
Viol (F)								
Nașterea copiilor								
Căsătoria copiilor								
Moartea copiilor								
Întreruperea școlarității								
Oprirea școlarității								
Întreruperea formării profesionale								
Schimbarea serviciului								
Pierderea serviciului								
Promovare profesională								
Retrogradare profesională								
Detenție								
Mutare								
Emigrare								
Accident, catastrofă								
Tentativă de suicid								
Manif. psihopatice								
Manif. nevrotice								
Alcoolism								
Farmacodependență								
Handicap fizic cr.								

PSIHOPATOLOGIE CLINICĂ

Perioada de viață	5	5-15	15-25	25-45	45-60	60	fără obs.	
Afecțiune endocrină								
Comițialitate								
Traum. cranio. cerebr.								
Alte afect. org. cerebr.								
Afecțiuni somatice								

Matricea de mai sus se referă la intervale mari de timp; fapt care-i scade din valoare. Utilizarea unei axe temporale pentru evidențierea comparativă a unor variante. E.V. este, însă, interesantă și a stat la baza proiectului pe care l-am expus în ultimul capitol al lucrării.

SEMILOGIE PSIROPATOLOGICĂ

Principală problemă în capitolul „Semiologie psihopatologică” este cea privitoare la descrierea cât mai nuanțată a unui episod psihopatologic. Tradițional se recurge la simptome și sindroame. Dar, în psihopatologia clinică actuală există încă o mare confuzie în acest domeniu. Este clar că inventarierea simptomelor recurge la un decupaj artificial, didactic și că raportarea la echivalentul normal al trăirilor psihopatologice se poate realiza cel mai bine la nivel sindromatic (de exemplu, depresia patologică se înțelege cel mai bine prin depresia normală). Dar, cum sindroamele sînt constituite dintr-un ansamblu (frecvent alăturat și coerent) de simptome – simptome ce se pot regăsi în sindroame foarte variate – nota de „artificialitate” sau de „construct teoretic” se extinde și asupra sindroamelor. În aceste condiții sîntem de părere că cel mai rațional este să se accepte deschis ideea că psihopatologia poate – și trebuie – să opereze cu constructe teoretice. Optăm, deci, pentru circumscrierea unor „sindroame-standard” acceptate de la început ca tablouri ideale, de referință, pentru trăirile psihopatologice reale și concrete. Această opțiune se bazează și pe considerația că, din punct de vedere antropologic, se poate opta pentru existența unui număr finit de tipuri de trăiri fundamentale, a căror caricatură apare în psihopatologie. Acest fapt am încercat să-l evidențiem în lucrarea noastră „Introducere în psihopatologia antropologică” (1989) în care menționăm – pe baza sesizării și dezvoltării realizate în spirit fenomenologic – următoarele trăiri (și, deci, sindroame) fundamentale: – anxietatea, fobia, agresivitatea, depresia, euforia, obsesia, hiperexpresivitatea captativă, depersonalizarea (în sens de anulare a identității și pierdere a controlului asupra intimității psihice), convingerea delirantă și percepția patologică, dezinteresul și lipsa de energie, eșecul sintezei în planul logosului și al creației, eșecul structurării etice și cu sens axiologic al existenței. Desigur, în măsura în care avem în vedere și dimensiunea biologică a persoanei umane se mai adaugă cîteva sindroame bazale; dar numărul acestor trăiri fundamentale, esențiale (= sindroame), în principiu, este finit.

Pe lângă acceptarea numărului finit de sindroame fundamentate și a principiului comentării unor forme ideale standard, mai insistăm asupra multiplelor nivele de complexitate. Există sindroame simple, medii și foarte complexe. Primele se apropie și chiar se identifică, uneori, cu simptomele; ultimele fiind căramizile de bază ale episoadelor psihopatologice. Acceptarea mai multor nivele de complexitate ale unităților semiotice o considerăm utilă pentru o descriere nuanțată a tabloului clinic real al episoadelor psihopatologice, care niciodată nu se suprapune exact cu formula unuia sau mai multor sindroame standard (chiar complexe). Inventarul tuturor simptomelor din cadrul unui E.P. este, desigur, necesar astfel încât principiul pe care-l dezvoltă AMDP este util. Dar, o astfel de listă nu poate duce la un diagnostic. Diagnosticul, așa cum o demonstrează DSM-III, se bazează pe sindroame, mai precis pe sindroamele complexe, pe macrosindroame. Dar, într-un caz dat se pot combina nu doar două sindroame standard, ci, de exemplu, mai multe unități subsindromatice sau un sindrom standard relativ bine conturat împreună cu alte unități subsindromatice variate.

Perspectiva în care am prezentat semiologia începe prin a valoriza maniera combinatorică și stilul de diagnostic pe calculator. Dar, așa cum se va discuta în capitolele următoare, aceasta este o extremă ce nu e viabilă dacă nu se ia în considerare cu seriozitate și cealaltă perspectivă, care caută să sesizeze ceea ce e nuclear și esențial într-un tablou psihopatologic clinic, centrat de un sindrom țintă.

Corelația dintre simptomatologia ce caracterizează episodul și caracteristicile semiologice ale trăsăturilor de personalitate este o altă problemă delicată. În cazul „defectului psihopatologic clinic” ne aflăm la un nivel intermediar între aceste două perspective.

Problemele abordate în acest capitol vor fi reluate în capitolele următoare. Pentru definiții și descrieri semiologice ne-am bazat pe AMDP, în primul rând, și apoi, pe PSE-SCAN și DSM-III-R.

Prezentăm în anexa 3 un exemplu de punere în paralel a două sindroame nucleare într-o modalitate cât mai pură (standard abstractă) din perspectiva listelor de simptome; fapt ce este agreeat în mod deosebit în zilele noastre deoarece permite o corelare cu diverse instrumente standardizate (scale de evaluare). Demersul

pe care-l întreprindem în această anexă se corelează cu problematica capitolului privitor la diagnosticul psihiatric.

În perspectiva „sindroamelor complexe” și mai ales a „configurațiilor sindromatice” cu rezonanță clinică am insistat asupra domeniului „psihozelor endogene”, care în prezent este deosebit de comentat. Punctul de vedere pe care-l susținem este cel care acceptă 3 poli distincți ai psihopatologiei în acest domeniu, precum și zona de tranziție între aceștia (a se vedea schema 30).

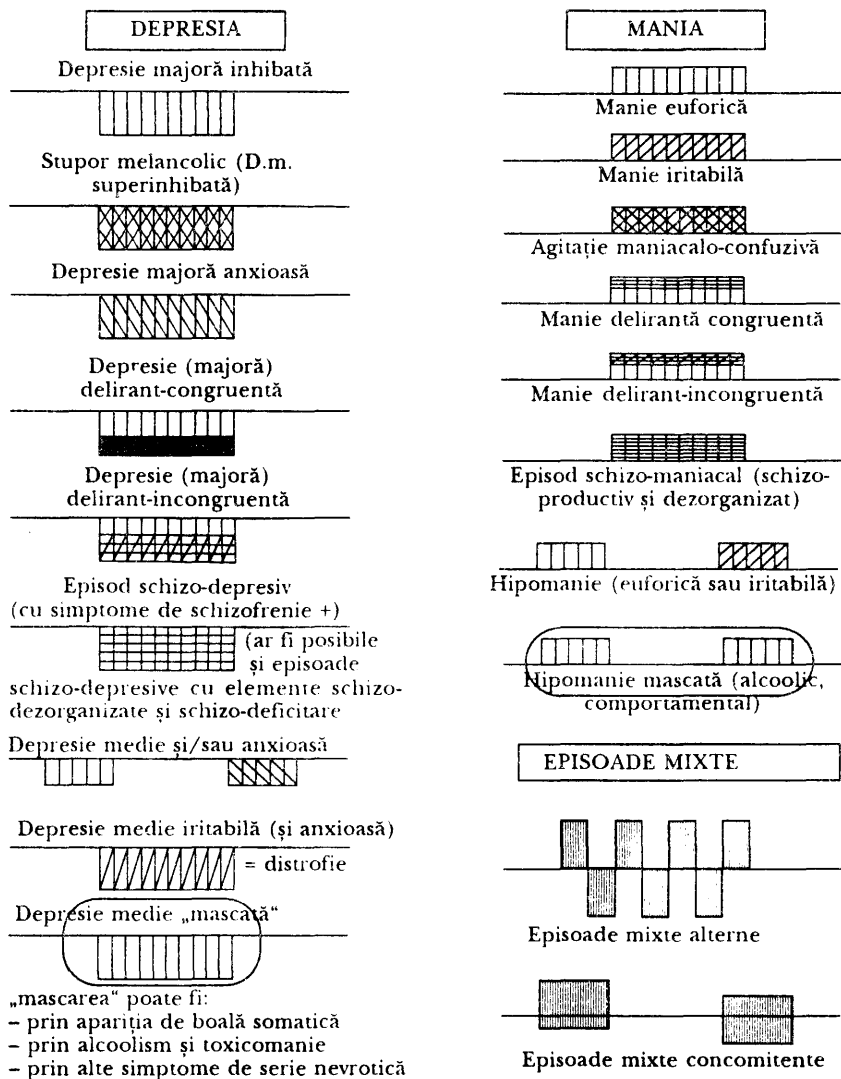
Perspectiva pe care o prezintă schematizarea din schemă este relativ simplistă, totuși o considerăm importantă deoarece atrage atenția asupra polului delirant care, de obicei, e ignorat în discuțiile contemporane ca un posibil centru de acumulare al psihopatologiei psihotice; discuțiile purtându-se doar asupra schizofreniei și tulburărilor afective (deși ambele tulburări pot fi prezente și în afara delirului). Patologia delirantă a preocupat timp îndelungat Școala din Viena, condusă de P. Berner, care, însă, nu acordă delirului o poziție independentă, considerînd că această tulburare este un fenomen ce se cere susținut de o altă tulburare mai bazală (organică, schizomorfă, cicloidomorfă). Totuși realitatea clinică a psihozelor delirante pure nu a fost și nu este contestată de nici un clinician și de nici un psihopatolog.

Privitor la corelațiile pe care un episod afectiv standard (de exemplu, maniacal) le poate avea cu alte sindroame (U.S. sau sindroame simple) prezentăm schemele nr. 27, 28, 29.

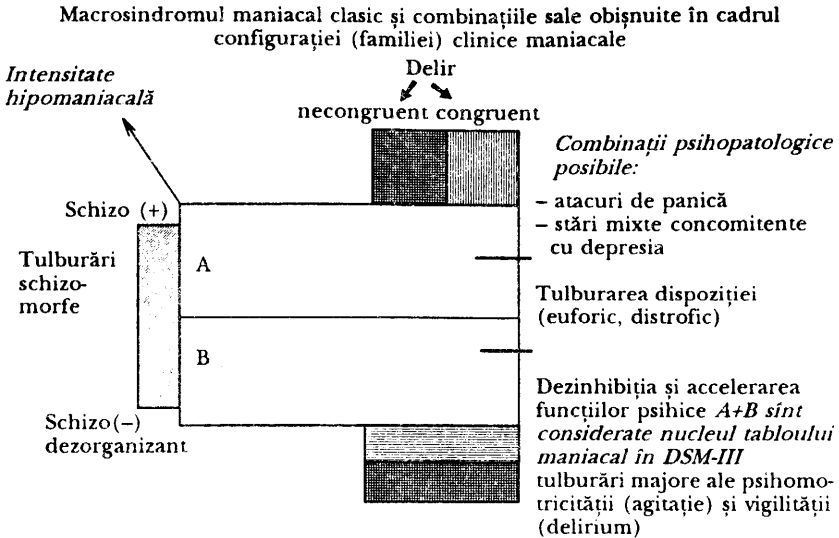
Interferențele dintre macrosindroame (și U.S.) constitutive ale episoadelor schizofrene și afective s-a complicat, desigur, de cînd schizofrenia nu a fost sistematizată ca polarizîndu-se în mod fundamental între un macrosindrom + și unul -. Au apărut diverse scale (și interviuri) care încearcă să surprindă aceste interferențe. Una dintre cele mai interesante este PANS, a lui Kay. Autorul propune o viziune „piramidală” asupra patologiei, pe care încearcă să o figureze în felul următor: (vezi schema nr. 31).

Problema interferențelor dintre semiologia de serie schizofrenă, de serie afectivă, rămîne deschisă mai ales în cadrul direcțiilor contemporane în care ideea „psihozelor unice” este din nou actualizată.

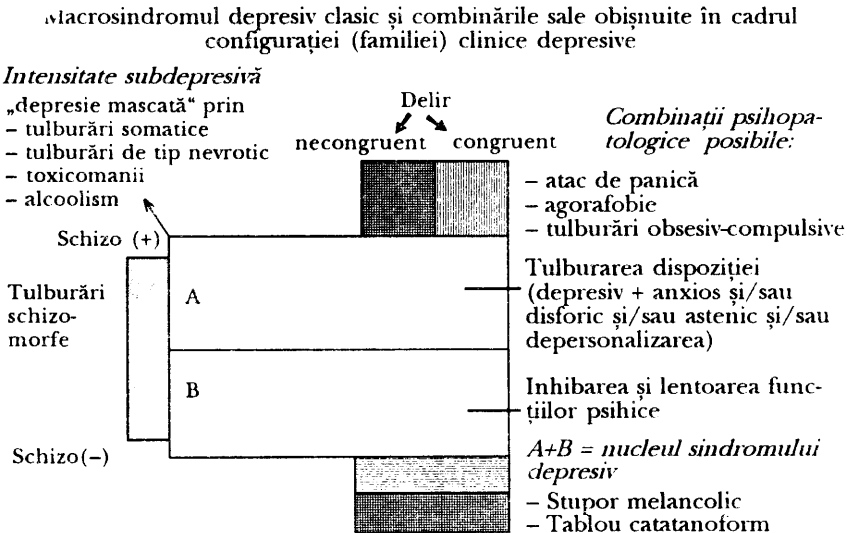
Tipuri de episoade depresive și maniacale



Schema 28



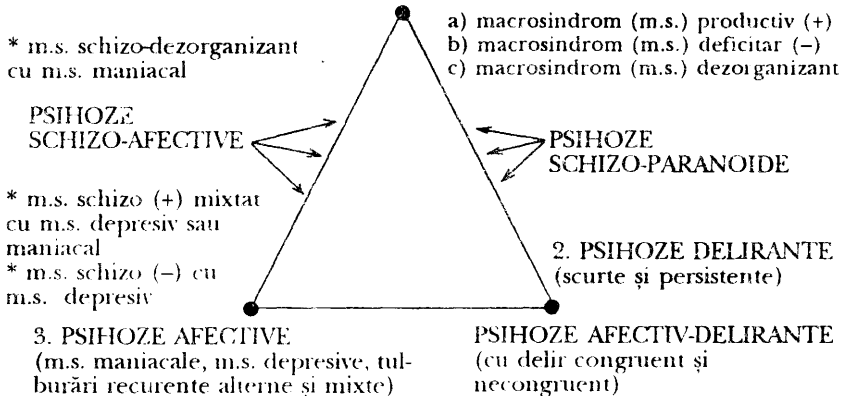
Schema 29



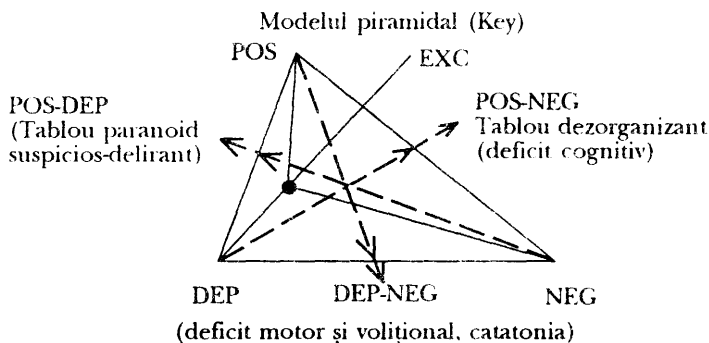
Model triunghiular al psihozelor endogene (Lăzarescu)

I. SCHIZOFRENIA

(= psihoza depersonalizantă și dezorganizantă a identității, comunicării și sintezei prin logos)



Schema 31



LEGENDĂ: POS=macrosindrom schizo-pozitiv (+); NEG=m.s. schizo-negativ (-); DEP=depresie; EXC=excitație. Concepția lui Key e interesantă sugerând posibila și variata combinație dintre m.s. depresiv și de excitație cu tablourile clinice specifice schizofreniei, în afara clasicelelor episoade schizo-afective; în mod special e remarcabilă sugestia combinării dintre schizo (-) și depresie în cadrul catatoniei, care a fost susținută de mai multe studii. Totuși, nu se acordă un statut de independență (relativă, cel puțin) tulburărilor dezorganizante și celor delirante.

Simptomatologia sindromului depresiv și a celui anxios*

Atît anxietatea, cît și depresia, pot fi considerate în anumite împrejurări ca *sindroame psihopatologice* care constau din reunirea constantă a mai multor simptome în cadrul unei trăiri coerente, care are un anumit substrat etiopatogenic cerebral și o anumită corespondență într-o trăire psihică fundamentală a omului. Ansamblul simptomelor ce constituie aceste sindroame sînt, în parte, strict specifice, în parte semispecifice și în parte nespecifice. De fapt, un sindrom psihopatologic (așa cum e anxietatea sau depresia) se cer circumscrie, în primul rînd, în forma lor ideală, definitorie, care rareori se întîlnește ca atare în cazuistica clinică. În raport cu aceste unități sindromatice tipice există, desigur, simptome care se întîlesc ceva mai rar – sau doar în anumite împrejurări – fiind totuși caracteristice sindromului. Apoi, altele, care sînt expresia intersecției sindromului respectiv cu altele, în cadrul unor variate configurații clinice sindromatice.

Astfel, de exemplu, dacă se ia în considerare ca sindrom tipic depresia inhibată, de diverse intensități, ea poate fi în corelație, intersecție, difuziune cu alte sindroame: sindromul anxios, sindromul fobic, sindromul obsesivo-compulsiv, sindromul astenic, sindromul disforic, sindromul tulburărilor de somatizare, sindromul de depersonalizare (deci, practic, toate sindroamele importante ale nevrozelor); Dar, în același timp, poate fi în corelație cu sindromul delirant (cu tematică congruentă sau necongruentă), sindromul schizo + și schizo –; cu sindromul demențial. Aria de difuzare este așa de mare încît se pot accepta unele simptome specifice și altele cu grad de specificitate mediu sau redus. Dacă punem în paralel elementele caracteristice globale ale sindromului depresiv (inhibat) și a sindromului anxios am avea:

* Acest paragraf va fi publicat și în lucrarea „Psihiatrie și societate” predată la Editura Medicală împreună cu dr. D. Ogodescu.

S. depresiv (inhibat) (de tip „endogen“)

1. lipsa de speranță (viitorul nu mai e de conceput)
2. idei de ruină (dacă viitorul persistă, totul va fi sigur catastrofal)
3. dezinteres față de prezent (tot ce se întâmplă e lipsit de importanță, nu are valoare)
4. incapacitatea de a se bucura în prezent (anhedonie)
5. retragerea socială, necomunicare cu alții
6. preocupare prevalentă față de trecut
7. sentiment de lipsă de valoare (autodeprecieri)
8. sentiment de vinovăție
9. preocupări (idei, convingeri) hipocondriace
10. dorința morții
11. idei și preocupări (proiecte) de a comite un act suicidal
.....
12. deficiență în concentrarea atenției
13. lentoare în desfășurarea cursului gândirii și monotonie (prevalență, stereotipie) ideativă
14. scăderea randamentului în exercitarea funcțiilor sociale (predominant a randamentului profesional)
.....
15. somn redus cu coșmaruri specifice

16. insomnie de trezire și rău matinal
17. lentoare motorie
18. inhibarea instinctului alimentar (inapetență, scădere în greutate)
19. reducerea libidoului
20. sentiment de tristețe

S. anxios (= anxietate generalizată)

1. îngrijorare (în raport cu orice acțiune viitoare ce implică direct sau indirect subiectul)
2. sentimentul (aprehensiunea) că se va întâmpla un eveniment nefavorabil, în viitorul apropiat, dar care nu e precizat prin nimic (ca loc, timp, tema, obiect)
3. preocupare prevalentă față de prezentul ce se leagă de viitorul imediat
4. incapacitatea de a se preocupa de prezent, de a-l savura (anhedonie)
5. trecutul interesează doar în măsura în care oferă informații și argumente ce contribuie la judecarea viitorului apropiat
6. sentiment de nesiguranță, de neîncredere în sine, de lipsă de suport în sine însuși
7. dorința de a fi salvat prin ajutorul și protecția oferită de „altul puternic“, de alții, de instanțe protectoare

- | | |
|--|--|
| 8. deficit de concentrare a atenției (care e hipermobilă, neputînd fi menținută pe o direcție) | 12. somn redus cu coșmaruri specifice de cădere în gol |
| 9. percepția e crescută pentru domeniile presupuse a fi surse de pericol | 13. insomnie de adormire |
| 10. memoria e crescută pentru domeniile de interes și scăzută pentru rest | 14. neliniște (agitație) psihomotorie |
| 11. scade randamentul în exercitarea funcțiilor sociale (predominant randamentul profesional) | 15. polifagie, uneori, cu creștere în greutate |
| | 16. dificultăți sexuale, deseori, cu ejaculare precoce |
| | 17. sentiment nelămurit de frică |

Din tabelul comparativ de mai sus, rezultă că seria simptomatică a depresiei și cea a anxietății, în esența lor, sînt divergente. Totuși, în realitate, ele se intersectează puternic, astfel încît depresia anxioasă este o realitate de zi cu zi. Pe acest fapt se bazează și o serie de scale de evaluare și liste de identificare, care consideră că ar fi nefiresc ca atunci cînd e căutată depresia să fie ignorate simptomele ce sînt proprii anxietății. Însăși elaborarea „scalelor de evaluare” au ținut seama de această perspectivă. Vom prezenta în continuare „itemii” avuți în vedere de cele mai importante scale actuale de evaluare a depresiei în ordinea în care ei sînt prezențați în scala respectivă:

Scala Hamilton	Scala Beck	Scala Zung
1. Dispoziția tristă	1. Tristețe subiectivă	1. Tristețe subiectivă
2. Ideea de vinovăție	2. Pesimism	2. Bioritm diurn
3. (Idei de suicid)	3. Sentimentul eșecului (bilant)	3. Plîns nemotivat
4. Insomnie vesperală	4. Incapacitatea de a se bucura (anhedonie)	4. Tulburare de somn
5. Insomnie la mijlocul nopții	5. Vinovăție	5. Tulburare de apetit
6. Insomnie matinală	6. Sentimentul necesității de a fi pedepsit	6. Sociabilitate redusă
7. Dificultăți în muncă (activitate)	7. Autodeprecieri (insatisfacție față de sine)	7. Slăbire în greutate
8. Inhibiție în gîndire și vorbire		8. Constipație
9. Agitație		9. Tahicardie
		10. Astenie (subiectivă)
		11. Bună dispoziție
		12. Abilitate în acțiune

Scala Hamilton	Scala Beck	Scala Zung
10. Anxietate somatică	8. Autoacuzare	13. Neliniste-agitație
11. Anxietate somatică	9. Autoagresiune	14. Neîncredere în viitor
12. Simptome somatice gastro-intestinale	(tendințe suicidare)	15. Instabilitate
13. Simptome somatice generale	10. Plîns	16. Indecizie
14. Simptome genitale	11. Retrager (izolare) socială	17. Inutilitate
15. Hipocondria	12. Nehotărîre	18. Satisfacția existenței
16. Pierdere în greutate	13. Păreră nefavorabilă față de sine (fizică)	19. Idei de moarte
17. Autocritică	14. Dificultăți în muncă	20. Dificultăți în a realiza bucuria vieții (anhedonie)
18. Variații diurne ale simptomatologiei	15. Tulburări de somn	
19. Depersonalizare – derealizare	16. Fatigabilitate	
20. Simptome paranoide	17. Inapetență	
21. Simptome obsesiv-compulsive	18. Pierdere în greutate	
22. Neajutorare	19. Preocupări (îngrijorare) față de starea fizică	
23. Lipsa de speranță	20. Absența libidoului	
24. Devalorizare (pierderea stimei de sine, autodeprecieri)		

Cele trei „scale de evaluare” menționate au la bază un principiu comun și anume obținerea, în final, a unui „scor global” (sau a unei „note finale”) ce rezultă din adunarea scorului prin care este evaluat fiecare „item” (în funcție de prevederile sistemului de înregistrare). Acest „scor global” ar indica gravitatea mai mare sau mai mică a tabloului psihopatologic. Modificarea lui în timp (de ex., ca rezultat a aplicării săptămânale a scalei) indică ameliorarea, stagnarea sau agravarea tabloului psihopatologic în direcția în care este evidențiat prin instrumentul de detectare respectiv.

Există, însă, și o serie de diferențe între scalele menționate. Astfel Scala Hamilton se bazează atît pe observație, cît și pe interviul direct. În cele mai multe versiuni se notează între 0 și 4

cu semnificația: 0 = absent; 1 = ușor sau; 2, = moderat; 3 = sever. Există și versiuni cu 17 itemi, precum și notări cu trei intensități (0 = absent; 1 = rar sau nesigur; 2 = sigur prezent). Evaluarea depinde parțial și de abilitatea, cunoștințele și perspicacitatea evaluatorului.

Scala Zung se bazează doar pe autoevaluarea pacientului care are în față un set de întrebări precise. De exemplu:

	rareori	uneori	deseori	cel mai permanent
2. Dimineța mă simt cel mai bine	4	3	2	1
19. Simt că alții se vor simți mai bine dacă eu voi fi mort	1	2	3	4

Dar, pacientul depresiv, în anumite momente ale bolii sale, poate fi destul de indiferent față de întrebări scrise, poate să nu le acorde o mare importanță, astfel încât răspunsurile sale să nu fie suficient de semnificative. Pe de altă parte, nici una din scalele de mai sus nu se bazează explicit pe un „interviu structurat”, adică pe formularea unui set de întrebări standard de către examinator. Scala Beck și scala Zung se bazează pe întrebări univoce. Dar, acestea nu sînt puse direct de către examinator și nu se acceptă variante.

O altă observație se referă la faptul că inventarierea „simptomelor” diferă de la un sistem la altul.

Tulburărilor de somn li se acordă o atenție diferită (3 aspecte în Hamilton și doar unul, destul de imprecis, în Zung). O concordanță doar parțială e prezentă și în perspectiva tulburărilor somatice. Apoi, variază și importanța (cota parte de atenție) acordată simptomelor din seria, evident, anxioasă. Dintre acestea, scala Hamilton reține: – insomnia de adormire, agitația, anxietatea subiectivă, iar scala Zung: – neliniștea, agitație.

După cum s-a mai spus, fiecare sindrom nuclear iradiază în câteva direcții. Astfel, sindromul depresiv se corelează și cu domeniul suspiciunii (a paranoidei) și cu cel al asteniei,

al obsesionalității (inclusiv indecizie, nehotărâre), iritabilitate-disforie etc. Desigur, într-o perspectivă lărgită, sindromul depresiv se corelează cu multe altele în contextul global al psihopatologiei. Astfel, el se poate corela cu sindromul maniacal (în cadrul tulburării afective bipolare) cu sindromul demential, cu grupajele sindromatice ale schizofreniei, cu sindromul delirant (congruent sau incongruent) etc. Aceste corelații se pot evidenția nu doar prin examinarea clinică curentă și intuitivă, ci și în cadrul unor inventare simptomatice globale (așa cum este sistemul AMDP) sau a unor interviuri structurate care caută să evidențieze arii largi ale psihopatologiei (ca PSE SADD). În practica psihiatrică există două direcții de abordare, care în cele din urmă converg și se intersectează. Una constă în faptul de a porni de la psihopatologia generală (ca în sistemele menționate mai sus sau altele ca CRPS, MMPI, SCL-90). Alta constă în amplificarea scalelor care pornesc ținut (pe depresie în cazul nostru), dar care se largesc pentru a putea cuprinde cât mai multe din corelațiile psihopatologice ale unui domeniu sindromatic (cum e sistemul SADD-OMS sau sistemul CODE-DD).

Din primul grupaj de instrumente de investigare vom menționa: BRSP, IMPS, SCL-90. Toate acestea au în vedere identificarea prezenței unui număr limitat de unități semiologice apropiate de nivelul sindroamelor, maniera de a le identifica fiind, însă, diferită (în BRPS se urmărește identificarea directă a prezenței sindroamelor, iar în SCL-90 aceasta derivă din simptomele identificate). Din punct de vedere sindromatic aceste scale au în vedere următoarele sindroame:

B.R.P.S.	I.M.P.S.	S.C.L.-90
1. Preocupări somatice	1. (EXC) Excitație	Somatizare = 12 itemi
2. Anxietate	2. (HOS) Hostilitate beligerantă	Obsesii-compulsii = 10 itemi
3. Retragera emoțională	3. (PAR) Proiecție paranoică	Senzitivitate = 9 itemi
4. Dezorganizarea conceptuală	4. (GRD) Grandoare, expansivitate	Anxietate = 10 itemi
5. Sentimentul de vinovăție	5. (PCP) Distorsiune perceptuală	Ostilitate = 6 itemi
6. Tensiune (observată)		Fobie = 7 itemi
		Ideație paranoică = 7 itemi

B.R.P.S.	I.M.P.S.	S.C.L.-90
7. Manierism și atitudini posturale 8. Grandoare 9. Dispoziție depresivă 10. Ostilitate (trăită, relatată) 11. Suspiciune 12. Halucinații 13. Lentoare motorie 14. Necooperare (în cursul interviului) 15. Gîndire neobișnuită (ciudată) 16. Tocire afectivă	6. (IMP) Intrapunitivitatea anxioasă 7. (RTD) Inhibiție și apatie 8. (DIS) Dezorganizare 9. (MTR) Disturbanța motorie 10. (CNP) Dezorganizare conceptuală	Depresia = 13 itemi Itemii pentru depresie sînt: 5. pierderea libidoului 14. anergie + lentoare în mișcare 15. idei suicidare 20. plîns (ușor) 22. sentimentul că este încolțit („prins în cușcă”) 26. vinovăție 29. sentiment de nesiguranță 30. sentiment de tristețe 31. regret pentru cele petrecute 32. lipsa de interes 54. lipsa de speranță 71. sentiment (penibil) de efort 79. sentiment de inutilitate

Se poate constata că, în BRPS, sindromul depresiei inhibitate este reprezentat în prima instanță prin 3 poziții: 9/ = dispoziție depresivă; 5/ = sentiment de vinovăție; 13/ = lentoare. Dar, într-un sens mai largit el poate cuprinde și 1/ = preocupări somatice; 2/ = anxietate; 3/ = retragere emoțională; 10/ = ostilitate; 11/ = suspiciune; 12/ = halucinații; 14/ = necooperare. În SCL-90, din cei 13 itemi pentru depresie doar unul pare mai particular (27 = sentiment de a fi încolțit).

Cealaltă direcție este de a se crea liste de itemi, pornindu-se de la intenția deliberată de a identifica depresia, nuanțele și

corelațiile ei. Așa este sistemul SADD, cu care s-au efectuat studiile internaționale ale OMS asupra depresiei. Acestea, la fel ca și PSE, prezintă un număr limitat de unități semiologice (40); pentru fiecare existând o definiție și un interviu structurat. Pentru comparare cu sistemele deja menționate prezentăm lista acestor 40 simptome:

SADD

1. Tristețe, dispoziția afectivă
2. Absența veseliei, imposibilitatea de a se bucura
3. Lipsa de speranțe
4. Anxietate și/sau tensiune
5. Agresivitate
6. Iritabilitate
7. Absența energiei
8. Ruptura față de îndatoririle sociale
9. Dorința de a fi singur
10. Trăirea subiectivă a încetării și retardării gândirii
11. Indecizie
12. Pierderea încrederii în sine
13. Pierderea interesului
14. Pierderea posibilității de concentrare
15. Trăirea subiectivă a pierderii memoriei
16. Trezire matinală
17. Imposibilitatea de a adormi
18. Sensibilitatea la zgomote, somnul neodihnitor
19. Hipersomnia
20. Absența apetitului
21. Modificarea greutateii corporale
22. Constipația
23. Senzații de apăsare, de presiune
24. Alte semne și simptome somatice
25. Alte simptome psihologice
26. Diminuarea libidoului
27. Modificarea percepției timpului
28. Idei suicidare
29. Sentimente și/sau idei de vinovăție și autoreproș
30. Idei de insuficiență, de inadecvanță, de inutilitate

31. Hipocondria
32. Idei de sărăcie
33. Idei de referință, persecuție
34. Alte deliruri
35. Tulburări ale percepției (iluzii și halucinații)
36. Retardare psihomotorie
37. Rău matinal
38. Rău vespéral
39. Boli fizice sau infirmități

Cel mai elaborat sistem existent la ora actuală este sistemul CODE-DD. (Composite Diagnostic Evaluation of Depressive Disorders – Th. A. Ban – 1989). Acesta are în vedere 90 itemi (unități semiologice, dintre care multe marginale depresiei). Pentru fiecare există o definiție operațională și un interviu structurat. Completarea acestuia permite, pe baza unei prelucrări pe calculator, identificarea tabloului depresiv în raport cu 25 sisteme de criterii de diagnostic existente, avându-se în vedere și contextele sindromatice – clinice în care depresia poate apare. O elaborare, așa cum este cea CODE-DD, este utilă pentru inventarierea sistemelor standardizate sau semistandardizate de diagnostic, a criteriilor de diagnostic, a diferenței dintre aceste criterii, a clarității în gândire. Dar, toate aceste sisteme nu anulează, ci, dimpotrivă, fac tot mai necesară definirea unor tablouri clinico-sindromatice nucleare, și ideale, ca referință pentru bogăția întâlnită în practică.

NOSOLOGIE PSIHIATRICĂ

Se consideră că nosologia psihiatrică s-a constituit, în aspectul său esențial, prin *sistematica lui Kraepelin*. Kraepelin a cultivat un „model medical” al tulburării psihice, care avea în vedere nu doar etiopatogenia și tabloul clinic, ci și evoluția. În centrul nosologiei se aflau cele două psihoze endogene principale: *demența precoce* (= schizofrenia) și *psihoza maniaco-depresivă*. Era acceptată și psihoza delirantă nesistematizată (*paranoia*), precum și *parafrenia*, înțeleasă tot ca psihoză delirantă cronică, dar cu specificități în ceea ce privește tabloul clinic și vârsta de debut (în diverse ediții ale cărții lui Kraepelin, parafrenia a fost interpretată variat). Pe lângă tulburările psihice condiționate organic cerebral erau acceptate și tulburări patologice ale personalității, precum și tulburări etichetate – de mulți autori – drept „nevroze”.

Încă din perioada lui Kraepelin a existat un interes pentru o clasificare acceptată de toată lumea științifică psihiatrică. Începuturile sînt făcute în Anglia unde, în anul 1882 „The Statistical Committee of the Royal Medico-psychological Association” recomandă tuturor membrilor săi o clasificare acceptată (cu unele modificări) și în America și devenită internațională în 1889 la Congresul de Boli Mentale de la Paris. Ea cuprindea: 1) *Mania*; 2) *Melancolia*; 3) *Nebunia periodică*; 4) *Suferința mentală progresivă sistematică*; 5) *Demența* 6) *Demența organică și senilă*; 7) *Paralizia generală*; 8) *Nevrozele* (histerică, epilepsia, hipochondria); 9) *Suferințele mentale toxice*; 10) *Boala mentală impulsivă*; 11) *Idiotia*. Pe tema clasificărilor bolilor psihice s-au ținut conferințe internaționale la Paris în 1900, 1920, 1938, problema fiind reluată în 1948 în cadrul OMS, care a publicat o ediție a unei clasificări internaționale în 1955, revizuită în 1965, cu adăugarea unui glosar în 1976. În prezent se realizează trecerea de la versiunea 9-a a clasificării internaționale la versiunea a 10-a, care pe lângă manualul general care cuprinde descrierea entităților clinice și liniile orientative pentru diagnostic s-a dezvoltat ca o adevărată „familie” în sensul că se structurează o versiune pentru cercetare, o versiune pentru uzul medicilor generaliști (la nivelul asistenței medicale primare), o versiune de diagnostic „pe axe” etc.

I.C.D.-10 care a fost oficial publicat de OMS în 1992 și este, în prezent, pe cale de traducere și adaptare în toate țările lumii, nu prezintă o definiție explicită sau operațională a bolii sau tulburării psihice în ansamblu. Se menține tendința „ateoretică” pe care o dezvoltă sistemul american DSM-III. Termenul de „nevroză” nu e folosit decât în plan secundar (e acceptat pentru cei ce doresc să-l folosească, dar nu e nici el definit). Termenul de „psihoză” nu se referă, în această clasificare, la ansamblul tulburărilor psihice grave, ci are unele semnificații speciale (de exemplu, Depresia psihotică înseamnă depresie delirantă sau stuporoasă). Întreg sistemul nu are un dicționar de termeni. În sfârșit, o observație pe care o considerăm importantă este aceea că nu susține explicit diferența dintre episod și boală. Desigur, în multe locuri această diferență apare pregnant (de exemplu, în cazul episodului maniacoal și/sau depresiv în raport cu „tulburarea afectivă bipolară” sau „monopolară”). Sau în cazul schizofreniei, în care sistemul diagnostic permite și identificarea (pînă la un punct) a modelului evolutiv (dar, nu și a numărului episoadelor). Dar, această diferență nu mai funcționează clar, de exemplu, în cazul psihozelor delirante scurte (care și ele pot evolua recurent), cu sau fără defect, și nici în cazul tulburărilor din serie „nevrotică” în care se notează tabloul clinic cel mai pregnant și mai persistent.

De aceea, în textul nostru am insistat asupra acestei diferențe, pe care o considerăm importantă nu doar din punct de vedere clinic, ci și epidemiologic. Astfel, de exemplu, un caz care cu ocazia primului episod e diagnosticat ca tulburare obsesiv-compulsivă poate fi definit peste 2 ani ca schizofrenie dezorganizantă, apărînd astfel de două ori în statisticile care evidențiază incidența diverselor tulburări psihice. De aceea, opiniei că în perspectiva clinico-epidemiologică e important nu diagnosticul de episod, ci cel de boală care poate fi formulat relativ consistent la 2 ani de la prima internare.

Introducerea *duratei* în caracterizarea episodului a fost propusă de Langfeldt pentru schizofrenie și, apoi, explicit în criteriile de diagnostic pentru cercetare (R.D.C.) de la St. Luis (minim 6 luni durată primului episod indiferent de durată internării). În ICD-10 criteriul timp este des folosit, el diferențînd, de exemplu, psihozele delirante scurte (sub 3 luni) de cele persistente. Pentru tulburările paroxistice se folosește criteriul *frecvenței* (de exemplu, pentru atacurile de panică).

Problema *modelului evolutiv* a fost pusă tradițional pentru diferențierea psihozei maniaco-depresive (definită ca avînd o evoluție recurentă cu remisiuni fără defect) de schizofrenie (definită ca evoluînd prin puseuri cu defect progresiv). Dar, studiile catamnestice pe termen lung ale schizofreniei au arătat și pentru această boală modele evolutive foarte variate. Iată de exemplu concluziile studiilor Lausanne (după Berner): vezi p. 442.

Observația clinică atentă indică faptul că modelele evolutive prezentate în text (episod unic, evoluția recurentă fără și cu defect și evoluție progredientă cu cronicizare) le întîlnim la toate entitățile psihiatrice, cu excepția extremelor pe care le constituie reacțiile acute, personalitățile dizarmonice și suferințele organic-cerebrale. Această problemă nu a fost încă studiată sistematic de clinicieni (de exemplu, pentru nevroze, pentru alcoolismul maladiv etc.).

În ceea ce privește „defectul” acesta a fost studiat inițial mai ales pentru schizofrenie. Cele mai detaliate observații se găsesc în studiul catamnostic longitudinal al Școlii din Bonn (Huber, Gross, Scharfetter) care, în mare, diferențiază defectul clinic în: – specific; – structural; – necaracteristic; (energetic). Observațiile indică faptul că gravitatea defectului clinic și a celui social nu sînt, întotdeauna, interconectate. În prezent, defectul (clinic și social) este studiat pentru toate tulburările („bolile”) psihice ce evoluează prin episoade recurente.

Defectul social, în sens clasic, se suprapune, în mare, cu conceptul de „handicap”. OMS-ul a elaborat (în 1980) un manual de diagnostic al handicapului, distinct de cel al bolilor (în prezent se pregătește o nouă ediție a acestui manual).

În perspectiva handicapului se face distincția între:

- a) *boală*, aceasta avînd caracteristici evolutive;
- b) *deficiență* („impairment”) care se referă la consecința unei boli exprimată în insuficienta funcționare (randament) a unui organ în cadrul relației individului cu ambianța;
- c) *disabilitate* care constă în deficiența de a efectua o acțiune specific umană în relație cu alții și/sau în ambianța umană, ca urmare a deficienței sectorale, (a „impairment-ului”);
- d) *handicap* care se referă la deficiența în exercitarea rolurilor sociale (a căror listă se inventariază) datorită disabilităților și care conduce la dezavantaje sociale.

Una din problemele clasice și mereu actuale ale nosologiei psihiatrice este disputa dintre perspectiva holistă a „bolii psihice unice” și cea sectorialistă (sau localționistă), care acceptă ca avînd statut malativ diverse unități sindromatice relativ simple. Ultima tendință este exprimată de tradiția Wernike-Kleist-Leonhard (există și o Asociație internațională cu acest nume care promovează aceste idei). Pentru exemplificarea acestei tendințe menționăm poziția lui Leonhard, care pe lângă „schizofrenia sistematică” acceptă ca entități clinice distincte și următoarele: A) *Grupul psihozelor cicloide*: 1. psihoză motorie; 2. psihoză confuzională; 3. psihoză anxios-extatică; B) *Grupul schizofreniilor benigne*: 4. catatonie periodică; 5. catafazia schizofazică; 6. parafrenia afectivă. Menționăm că tot Leonhard a fost primul care a susținut că există o entitate clinică specială a psihozelor monopolare atît depresive, cît și maniacale (existența ultimei entități a susținut-o împotriva majorității autorilor contemporani, pînă la sfîrșitul vieții). Celelalte tendințe consideră că există un „continuum” al tulburărilor psihice; diferența între diverse entități constînd doar în gravitatea și incidența psihică surprinsă de boală. Astfel, ar exista o „psihoză unică”, iar diverse psihoze endogene specifice sînt manifestări parțiale ale acesteia; fiind posibile toate formele de tranziție și combinație. Concepția structuralist-dinamică a lui Janzarik e orientată în această direcție. Menționăm lucrarea recentă:

MUNDT. CH., SASS, N., (1992), *Für und wieder die Einheitspsychose*, Ed. Thieme, Stuttgart.

Dar, această idee este acceptată în prezent și de alte școli, de exemplu, de unii cercetători englezi (Crow și col.).

Probabil, adevărul se află la mijlocul dintre aceste 2 poziții extreme.

Pentru întreg capitolul menționăm ca bibliografie doar:

DSM-III-R, (1987), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Ed. American Psychiatric Association, Washington.

ICD -10, Chapter V (1992).

SARTORIUS, N., et al., (1990), *Sources and Traditions of Classification in Psychiatry*, Ed. Hogrefe & Huber, Toronto.

	Debut	Tip de evoluție	Stare terminală	Nr. cazuri (procent)
1.	acut	oscilant	vindecare sau ușoară	25,4%
2.	cronic	simplă	mijlociu grav	24,1%
3.	acut	oscilant	mijlociu grav	11,9%
4.	cronic	simplă	vindecare sau ușoară	10,1%
5.	cronic	oscilant	vindecare sau ușoară	9,6%
6.	acut	simplă	mijlociu grav	8,3%
7.	cronic	oscilant	mijlociu grav	5,3%
8.	acut	simplă	vindecare sau ușoară	5,3%

EXAMINAREA ÎN PSIHOPATOLOGIE

Examinarea unui om în perspectiva psihopatologică are ca obiectiv identificarea, caracterizarea, evaluarea și comprehensiunea unui „caz”. Prin „caz” s-ar putea înțelege un aspect al existenței umane nemijlocite care este circumscris, reafirmat și interpretat în mod secundar, în cadrul „Logosului”, a limbajului asertiv desfășurat, pe baza unor criterii și norme definite. Domeniul princeps în care se evidențiază cazul este cel al justiției, deci, a „cazului juridic”. Cazul medical, cazul psihiatric, se apropie de acesta. Dar, se poate vorbi pertinent și de „caz evenimential” (de exemplu, care face obiectul unui scandal sau a unei dezbateri publice), de „cazul” unui om de excepție care restructurează viața unei comunități, de un „caz științific” etc. Întotdeauna când se are în vedere un „caz” în spatele acestuia stă o comunitate umană care-l identifică, comentează și dezbate și, la fel, anumite criterii de identificare și evaluare. Devenind „caz”, existența unei persoane conștiente este transpusă în planul discursului, a textului supraindividual, ce poate fi consultat și comentat de mai mulți. Pe această cale se poate constitui o „cazuistică” corelată unei anumite problematice sau teme, așa cum se petrec lucrurile în cadrul jurisprudenței sau în argumentarea cazuistică a unei noi forme de boală. Cazul și cazuistica au în permanență o situație ambiguă: pe de o parte, se supun unor norme (reguli, legi) care le circumscriu și, pe de altă parte, sugerează ceva original și nou. Prima direcție ne orientează spre „cazul tipic” („caz exemplar”, „caz școală”) într-un model conform cu o definiție prealabilă; cea de a doua spre „cazul novator”, „cazul problemă”, „cazul deschizător de drum”, adică caz tipic exemplar într-un sens diferit de primul, și anume în calitate de „cap de serie” și „referențial” pentru o cazuistică pe care o ordonează și și-o subsumează.

Examinarea psihopatologică se realizează cu scopul de a diagnostica un caz psihiatric. Acesta este, de fapt, modelul interpretat al existenței unei persoane umane aflate într-un mo-

ment de viață deosebit, deficitar și dezorganizant. De aceea, diagnosticul psihiatric presupune o microbiografie și o evidențiere analitică a stării actuale. Acest demers se poate realiza prin două metodologii care la extreme se opun, dar a căror interferență e posibilă. Pe de o parte, poate fi utilizată o metodologie cât mai standardizată de examinare, după un model de gândire cartezian-liniar iar, pe de altă parte, se poate utiliza o metodologie fenomenologico-hermeneutică care tinde spre comprehensiunea „fenomenului” existenței persoanei respective.

Dintre metodele standardizate, un demers bazal îl constituie ceea ce se numește de obicei întocmirea unei *Foi de observație standardizată*. Prototipul acestora este *AMDP* (a se vedea anexa 4). Din cele cinci fișe ale acestui sistem, fișa 4 abordează starea psihopatologică actuală. Diversele metode standardizate de investigare utilizate în psihopatologie se axează fie pe evidențierea tabloului psihopatologic („actual” în sens larg), fie pe fondul structural al persoanei, biografie și alte aspecte de caracterizare a existenței acesteia. Utilizarea metodelor standardizate este extrem de utilă deoarece permite o bună comunicare între diverși investigatori. Dar, ea trebuie în permanență să nu uite fundalul de ansamblu al personalității. Pentru examinarea standardizată a stării psihopatologice actuale, instrumentele internaționale care în prezent au cel mai mare prestigiu sînt *CIDI* și *SCAN* (ultimul fiind prelucrarea modernă a ultimei versiuni a lui PSE).

A.M.D.P., (1981) *Manuel de documentation et de quantification de la psychopathologie*, 2 ed., Bruxelles.

CIDI, (1990), *Composite Internationale Diagnostic Interview Ed. WHO Geneva*.

SCAN, (1992), *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry*, Ed. WHO Geneva.

Privitor la perspectiva fenomenologico-hermeneutică a diagnosticului în afară de articolul deja citat a lui Blankenburg, mai menționăm:

TATOSSIAN, A., (1990), *Classification Psychiatrique et Phénoménologie*, in *Revue Internationale de Psychopathologie*, PUF, Paris, Nr. 2, 271-289.

MEZZICH, J.E., (1989), „An empirical prototypical approach to the definition of psychiatric illness”, in *Brit. Journ. Psychiat.*, 154 (Suppl. 4), 42-46.

Foaie de observație standardizată AMDP. Aceasta reprezintă un sistem semistandardizat de culegere și înregistrare a informațiilor privitoare la un pacient psihiatric, care poate fi considerat un centru de referință pentru diverse alte sisteme mai specializate și centrate. Sistemul a început să fie elaborat din 1961 și, în mod sistematic, din 1965 prin efortul mai multor centre din Germania și Elveția. Ulterior, el a fost tradus și dezvoltat în limba franceză prin centrul psihiatric de la Liege, fiind, apoi, răspândit în toată lumea. Constă din 5 fișe care sînt completate de cotor pe baza informațiilor pe care le obține din surse cît mai variate și credibile, prin mijloacele de care dispune, care este un sistem ce se bazează pe „interviu structurat“ pe lista de „itemi“ care sînt trecuți în revistă, privitor la absența sau prezența lor într-o anumită modalitate. Din cele 5 fișe, prima se referă la *informații biografice generale*, a 2-a la *antecedente* care ar putea să fi jucat un rol în apariția episodului actual, a 3-a la *evenimente și schimbări de viață* variate în cursul biografiei a 4-a la *prezența simptomelor psihopatologice* și a 5-a la *tulburări somatice actualmente prezente*. Unul din caracteristicile esențiale ale sistemului de înregistrare a datelor este obligativitatea de a trece în revistă toți „itemii“, notînd prezența sau absența lor. Se elimină astfel ignorarea sau neglijarea unor informații, care dacă sînt cercetate, se pot dovedi prezente și utile diagnosticului și gîndirii medicale.

Fișa anamnestică 1, după ce asigură înregistrarea datelor ce permit identificarea cazului și nivelul său intelectual, cuprinde următoarele rubrici: 1) mod de internare; 2) stare civilă; 3) număr de copii; 4) fratrie; 5) vîrsta la prima căsătorie; 6) locul de educație pînă la 16 ani; 7) limba maternă; 8) persoane trăind în aceeași gospodărie; 9) persoanele care asigură veniturile gospodăriei; 10) număr de persoane în gospodărie; 11) număr de camere în gospodărie; 12) școlaritate; 13) formație profesională; 14) categorie profesională; 15) situația profesională; 16) pensionare; 16 bis) invaliditate permanentă (F); 17) sector de activitate profesională; 18) locuință; 19) venituri lunare nete ale gospodăriei; 20) religia actuală (angajament ideologic); 21) intensitatea angaja-

mentului religios ideologic. Modelul de completare constă din sublinierea și bifarea eventualității ce se potrivește cazului dat, din cele ce sînt oferite spre alegere. Astfel, de exemplu, punctul 1) și 2):

1) MOD DE INTERNARE

1. plasare liberă	2. plasare obligatorie	3. fără răspuns
1. în urgență (F)	2. normal	3. fără răspuns

1. el însuși	5. psihiatru extra-spital	9. dispensar
2. partenerul	6. alt medic extra-spital	10. curator/tutor
3. familia	7. serviciul nostru	11. alt autoritar
4. vecinii	8. alt serviciu spital	12. alții
		13. fără răspuns

2) STARE CIVILĂ

1. celibatar	3. văduv	5. divorțat
2. căsătorit	4. separat	6. fără răspuns

1. concubinaj (F)	2. fără concubinaj	3. fără răspuns
-------------------	--------------------	-----------------

Fișa anamnestică 2 inventariază evenimente patogene sau condiții care au favorizat episodul actual. Sînt trecute în revistă: dragostea, problematica sexuală, probleme ale cuplului, probleme în cadrul familiei, probleme financiare, tulburări psihice sau suferințe fizice (în familie), handicapul cronic psihic sau fizic (în familie), probleme în domeniul profesional, al studiului, în relație cu justiția, migrația, solitudinea și altele.

Fișa 3 reprezintă o perspectivă extrem de originală și de mare actualitate, care evidențiază evenimentele sau schimbările mai mult sau mai puțin firești ce apar în cursul biografiei în viața fiecărui om, cu menționarea intervalului de vîrstă la care aceasta s-a produs și care e punctată din 5 în 5 ani. Lista acestor evenimente este: moartea tatălui, moartea mamei, separare de părinți la peste un an, separarea (divorțul) părinților, plasament familial

(sau adaptativ), obligații militare (F), căsătoria pacientului, separarea (divorțul) pacientului, moartea pacientului, o nouă legătură, arest (F), viol (F), nașterea unui copil, căsătoria unui copil, moartea unui copil, întreruperea școlarității (oprirea școlarității), întreruperea formării profesionale, schimbarea serviciului, pierderea serviciului, promovarea profesională, retrogradarea profesională, detenție, mutare, emigrare (F), accident (F), tentativă de suicid, manifestări psihotice, manifestări nevrotice, alcoolism, farmacodependență, handicap fizic cronic, afecțiuni endogene, comițialitate, traumatism cranio-cerebral, alte afecțiuni organice-cerebrale, alte afecțiuni somatice.

Fișa anamnestică 3 se referă la antecedente psihopatologice. Ea inventariază următoarele aspecte: 24) boala actuală; 25) episoade anterioare; 26) debutul afecțiunii actuale; 27) tulburări de dezvoltare; 28) antecedente psihiatrice familiale; 29) tentativa de suicid în familie; 30) suicid în familie; 31) tentativa de suicid a pacientului; 32) antecedente psihiatrice personale; 33) internări în mediul psihiatric; 34) moduri de tratament anterior; 35) succese ale tratamentelor anterioare cu psihotrope; 36) diagnosticul de internare; 37) diagnostic de ieșire; 38) experiența clinică a cotatorului. Referitor la poziția (28) antecedentele psihiatrice familiale, acestea se prezintă în fișa AMDP în felul următor:

	nici unul	gradul I		gradul II și III		fără obiect	fără răspuns
		1 persoană	mai multe	1 persoană	mai multe		
afecțiuni organice cerebrale și epilepsia	1	2	3	4	5	6	7
schizofrene	1	2	3	4	5	6	7
psihoze altele schizo și PMD	1	2	3	4	5	6	7
psihoze maniaco-depresive	1	2	3	4	5	6	7
depresii unipolare (F)	1	2	3	4	5	6	7
alcoolism și farmacodependență	1	2	3	4	5	6	7

	nici unul	gradul I		gradul II și III		fără obiect	fără răspuns
		1 per- soană	mai multe	1 per- soană	mai multe		
nevroze (F)	1	2	3	4	5	6	7
tulburări de comportament (F)	1	2	3	4	5	6	7
întârziere mentală (F)	1	2	3	4	5	6	7
alte	1	2	3	4	5	6	7
nedeterminat	1	2	3	4	5	6	7

Fișa 4 este o Scală psihopatologică și constă dintr-o listă de simptome (unități semiologice) psihopatologice. În Scala AMDP clasică (versiunea germană) există 100 de simptome a căror absență sau prezență se cere identificată (cotarea are 5 intensități, între 0 = absent, 4 = foarte puternici, poziția 5 = fără opinie). Varianta franceză introduce 15 itemi suplimentari (de separare). Alte 115 unități semiologice au fiecare câte o definiție operațională explicită în cadrul unui glosar. De ex., item 57 *Gânduri impuse*: pacientul se plînge de ideile sale, reprezentările sale sînt influențate, induse din exterior, că i se impun gânduri care nu sînt ale lui. Sau item 66 *Euforia*: sentiment excesiv de bine, de plăcere, de veselie, de trăire vitală.

Lista lor este grupată pe „clase semiologice” și în următoarea manieră:

Tulburări de conștiință. 1. Scăderea vigilenței; 2. Disoluția cîmpului de conștiință; 3. Îngustarea cîmpului de conștiință; 4. Extinderea cîmpului conștiinței. *Tulburări de orientare (T.O.)* 5. T.O. în timp; 6. T.O. în spațiu; 7. T.O. în simetrie; 8. T.O. privitoare la propria persoană. *Tulburări ale atenției și memoriei*. 9. Tulburări ale percepției; 10. Tulburări de concentrare a atenției etc.

Fișa 5 este o scală de patologie somatică. Ea inventariază prezența (și intensitatea) următoarelor simptome: *Tulburări ale vigilenței* 101. Dificultăți de adormire; 102. Treziri nocturne;

103. Diminuarea duratei somnului; 104. Trezire matinală; 105. Somnolență diurnă.

Tulburări ale apetenței B; 106. Apetit diminuat.

Unitățile semiologice prezentate în fișele 4 și 5 se referă, din principiu, la „ultima săptămână” și sînt tot, în principiu, considerate ca *simptome*. Desigur, aceste simptome sînt grupate în clase simptomatice, așa cum s-a subliniat în textul de mai sus.

Pornindu-se de la acest nivel s-a inițiat (mai ales de echipa francofonă a lui Bobon) o grupare și o analiză sindromatică. Au fost reținute, după mai multe studii, 13 profile sindromatice și anume: 1. OBS – obsesie; 2. DRA – dramatizare; 3. ANX – anxietate; 4. DEP – depresie; 5. APA – apatie; 6. ORS – sindrom psiho-organic; 7. DIS – disociație; 8. DEL – delir; 9. MAN – manie-agitație; 10. HOS – ostilitate, iritabilitate; 11. INS – insomnie; 12. SOM – plîngerii somatice; 13. VEG – s. neuro-vegetative.

Aceste sindroame sînt caracterizate printr-un grupaj de „simptome”, constituindu-se astfel o „scală sindromatică”. Astfel, prin simpla extragere a prezenței și intensității simptomelor (între 0 și 4) din Fișa 4, se constituie aceste profile simptomatice-sindromatice-clinice. Principalele care au fost studiate sînt:

Scala de schizofrenie (la fiecare simptom ce este inclus se menționează poziția sa în Fișa generală care inventariază simptomele psihopatologice). 1. paramnezii-hipernemzii (14); 2. automatism al gândirii (21); 3. răspunsuri alăturate (23); 4. barajul gândirii (24); 5. gândire incoerentă (21); 6. suspiciune (27); 7. persistent delirant (34); 8. percepție delirantă (34); 9. intuiție delirantă (34); 10. idei delirante nesistematizate (36); 11. sistematizarea delirului; 12. dinamismul delirului; 13. idei delirante de prejudiciu, de referință, de grandoare (39+40+45); 14. idei delirante de culpabilitate, hipocondriace (22, 24); 15. halucinații acustico-verbale (48); 16. halucinații vizuale (50); 17. alte halucinații (49+51+52); 18. străinătate (53); 19. depersonalizare (54); 20. ghicirea, furtul gândirii (55, 56); 21. gîndirea impusă (57); 22. alte sentimente de influență (58); 23. ambivalența afectivă (75); 24. discordanță afectivă (76); 25. agitație motorie, manierism, bizarerie, (83+85); 26. absența conștiinței bolii (98); 27. refuzul tratamentului (99); 28. invaliditate socială (p. 15).

Scala de manie-depresie e constituită din următoarele simptome: 1. tulburări ale concentrării (10); 2. gîndire inhibată (15); 3. gîndire încetinită (16); 4. gîndire sărăcită (18); 5. ru-

minații (20); 6. anestezie afectivă trăită (60); 7. tulburări ale trăirii vitale (62); 8. tristețe (63); 9. pierderea speranței (64); 10. anxietate psihică trăită (65); 11. sentiment de insuficiență (71); 12. sentiment de culpabilitate (73); 13. diminuarea energiei (80); 14. inhibiția energiei (81); 15. sociabilitate diminuată (92); 16. deficiență de adormire (101); 17. vise nocturne (1027); 18. trezire mălinală (104); 19. apetit diminuat. În continuare, sînt prezentate simptome caracteristice sindromului maniacal: 20 fuga de idei (22); 21. euforie (66); 22. subestimare de sine (72); 23. creșterea energiei (82); 24. logoree (88); 25. sociabilitate crescută (93); 26. absența sentimentului bolii (97).

Scala de anxietate: 1. anxietate psihică trăită; 2. anxietate somatică; 3. anticipare anxioasă; 4. tendința de a dramatiza; 5. fobii; 6. anxietate în situații sociale; 7. disforie; 8. tensiune; 9. instabilitate; 10. hiperemotivitate; 11. labilitate emotivă; 12. ambivalență afectivă; 13. agitație interioară; 14. vise/coșmaruri; 15. tulburări ale trăirii vitale; 16. perplexitate; 17. anxietate obsesivă.

După cum s-a mai spus, pot fi folosite unele întrebări orientative, pentru a identifica cît mai precis simptomele. De ex., pentru ultima scală menționată, cea de anxietate, se poate întreba: (pct. 1) „sînteți neliniștit, anxios, angoasat?”; (pct. 8) „Vă simțiți crispat, încordat?” etc.

Încercări și direcții de standardizare în obținerea, înregistrarea și prelucrarea informațiilor privitoare la cazul psihiatric

Psihiatria modernă este preocupată de inventarierea și măsurarea cât mai precisă a datelor privitoare la orice om aflat într-o situație psihopatologică. Pe cât este posibil se încearcă și o cuantificare, o evaluare cantitativă a diverselor aspecte ale cazului investigat. Acest efort își are rațiunile sale. El a fost necesar și este lăudabil deoarece ameliorează substanțial comunicarea dintre specialiștii aflați în diverse locuri, în diverse socio-culturi și momente istorice, facilitând astfel progresul științific. O abordare rațională nu este posibilă dacă o comunitate de oameni interesați nu au în vedere și nu discută, de fapt, despre aceleași lucruri, despre aceleași „obiecte”. Acest „obiect” este în cazul psihiatriei, în esență, un om suferind de o boală mentală. Identificarea riguroasă a aceluiași tip de om bolnav, a aceluiași caz de boală în diverse contexte, permite progresul științific. O demonstrație exemplară a fost făcută prin studiul multicentru OMS asupra schizofreniei, care a clasificat că această boală este prezentă peste tot pe glob, că are o serie de trăsături comune esențiale și unele particularități zonale. Putem reține că, din perspectivă științifică se vorbește astăzi despre „obiecte de identificat”, despre „cazuri” mai mult sau mai puțin „tipice”.

Desigur, aceste referințe ne plasează într-o altă zonă decât cea a persoanei conștiente care își trăiește cu patos și responsabilitate destinul într-o aparentă nemijlocire în sinul comunității ei istorice ca ființă unică și irepetabilă. De fapt, aparenta „nemijlocire” este o extrem de complicată mijlocire, așa cum a demonstrat-o magistrul Hegel în „Fenomenologia Spiritului”. Această mijlocire presupune „imagoul” persoanei umane reafirmat în planul interrelațiilor culturale, al dialecticității logosului, al istoricității științei. Faptul că în plan teoretico-științific se încearcă realizarea unor decupări și modele cât mai riguroase a diverselor ipostaze ale persoanei este prin sine un demers pozitiv. De nedorit ar fi exclusivismul care s-ar rezuma la această etapă, care ar refuza,

în numele intelectului, o comprehensiune în profunzime care să articuleze fericit exactitatea inventarului cu sensul și semnificația ansamblului în cadrul unei sinteze cu adevărat raționale.

Revenind la domeniul investigațiilor exacte spre care se străduiesc mințile luminate ale psihopatologiei actuale el ar putea fi ordonat astfel:

1. Identificarea tabloului semiologic ce caracterizează un episod psihopatologic actual în ansamblul său ori cel puțin suficient de complex și pentru o perioadă de timp acceptabil de lungă (de ex., 1 lună).

2. Identificarea stării psihopatologice actuale (la data examinării, în orele sau zilele respective), acest tablou urmînd să fie evidențiat în mod repetat pentru a se urmări evoluția cazului.

3. Identificarea factorilor psihosociali (și somatici) care au putut juca un rol în determinarea apariției (în condiționarea, declanșarea) episodului actual.

4. Identificarea episoadelor psihopatologice precedente, a tipului lor clinic și a duratei lor, a factorilor ce le-au condiționat sau furnizat apariția, precum și calificarea intervalelor dintre acestea.

5. Identificarea caracteristicilor rețelei de suport social a persoanei în diverse momente ale biografiei sale.

6. Identificarea nivelului performanțelor (competențelor) sociale de abilitate în rezolvarea problemelor și de îndeplinire a rolurilor sociale în momentul actual al bolii sau defectului ori în diverse momente ale biografiei.

7. Identificarea trăsăturilor temperamental-caracteriale ale personalității (a accentuării unora dintre ele, a echilibrului de ansamblu al Eului).

8. Identificarea unor particularități ale personalității cum ar fi: dependența interpersonală, stima de sine, concepția despre viață etc.

9. Identificarea elementelor importante din biografie, inclusiv în ceea ce privește familia de origine, genetic și factori organici.

Acest ansamblu de identificări este, desigur, conținut de orice sistem global de înregistrare de tipul unei Foi de observație standardizată, cum este AMDP. Dar, pentru fiecare din aceste domenii se pot elabora scale țintite, care abordează cu preponderență anumite aspecte care interesează cercetarea, diagnosticul

cît mai precis în vederea argumentării unui proiect terapeutic și a cercetării.

1. Tabloul psihoptologic global al stării actuale se poate realiza prin interviul structurat PSE-SCAN (centrat pe psihoze endogene, nevroze și alcoolism) prin instrumentul recent editat de OMS. CIDI, prin AMDP sau alte sisteme. Se are totdeauna în vedere o listă de unități semiotice cît mai amplu ordonat în clase (arii semiologice; precum și o tehnică de identificare a absenței sau prezenței cu o anumită intensitate a acestora. Se evaluează prezența acestor „simptome” pe perioade de timp (în general o lună). Dar, formula optimă este cea care identifică momentul debutului simptomatologiei și ordinea în care apar simptomele. Chiar dacă e vorba de o durată mare de timp, deseori, este problematică veridicitatea informațiilor retrospective culese la un moment dat, datorită informațiilor insuficiente sau distorsionate prezentate de pacient. „Linia evolutivă” a configurației simptomato-sindromatice poate fi corectată pe parcurs.

Deoarece despre AMDP și PSE-SCAN au fost furnizate cîteva informații, în continuare se vor prezenta cîteva date despre CIDI (= Composite International Diagnostic Interview, Core Version 1. 0 - 1990), WHO, Geneva). Acest instrument este un interviu structurat prin care se pot obține informații în următoarele arii psihopatologice și conexe: (după date demografice de identificare = A): B = consum de tutun, C = sănătate generală; D = anxietate; această secțiune e subdivizată în date despre: atacurile de panică, pentru identificarea cărora se rezervă 10 întrebări (D₁-D₁₀), anxietate generalizată; 9 întrebări (D₁₁-D₁₉); agorafobie (D₂₀-D₃₁), fobii sociale (D₃₂-D₄₁) fobii simple (42-50). Următoarea secție se referă la depresie, disforie, melancolie (E₁₋₄₉); urmează: mania, hipomania, tulburarea bipolară (F₁₋₂₅), schizofrenie, tulburarea schizo-paranoidă și schizotipală (G₁₋₃₈), tulburări de alimentație, bulimie și anorexie (H₁₋₁₅), tulburări corelate consumului de alcool (I₁₋₂₃), tulburări obsesiv-compulsive (K₁₋₂₃), consumul de medicamente și substanțe psihoactive (L₁₋₂₀), tulburări psihice organice centrate pe tulburările de memorie (M₁₋₂₂), tulburări sexuale (P₁₋₈). Se mai notează observațiile cotototului privitoare la limbajul pacientului (P₁₋₈), la aspectul său corporal și comportamental (X₁₋₁₃). Interviul vizează tulburările psihice din ultima perioadă (1 lună-6 săpt.), dar sistemul e flexibil, permițînd

și identificarea tulburărilor din anumite perioade biografice. Calificarea și experiența cotoratorului se notează, totdeauna, cu grijă. Sistemul CIDI spre deosebire de PSE-SCAN este un sistem strict structurat, cu întrebări univoce, fără variante.

2. Identificarea tabloului psihopatologic actual (a liste de unități semiologice, de simptome, sindroame) de la un moment dat este importantă pentru a se urmări procesul evolutiv, mai ales atunci când se are în vedere evaluarea efectelor unei anumite terapii. Și în acest caz se are în vedere identificarea unor simptome grupate, de obicei, în clase sindromatice și despre prezența cărora putem obține informații în diverse moduri (observație, autoevaluare la chestionar scris, chestionar verbal semistructurat sau structurat sau utilizarea „oricăror metode de informare” – inclusiv cele provenite de la terțe persoane). La acest nivel sistemul PSE – în măsura în care se referă la „ultima lună” e mai puțin utilizabil; în schimb, AMDP – în măsura în care se referă la ultima săptămână – poate fi util, mai ales prin subscalele sale sindromatice. Dintre sistemele utilizate mai face parte chestionarele SCL-90, MMPI. Și la fel, CRSP. La fel, scala Witteborne, scalele observaționale pentru infirmiere psihiatrice (NOSIE 30) „Nurses Observation Scale for Inpatient Evaluation, scala PIP = Psihotic Inpatient Profile) și diverse scale ce ținesc anumite sindroame sau complexe sindromatice.

Au fost deja comentate câteva scale referitoare la depresie și anxietate. Practic, pentru fiecare domeniu important clinic-sindromatic s-au constituit scale de evaluare. Acestea se corelează și cu anumite puncte de vedere teoretice. Astfel, de ex., în ultimul deceniu s-a discutat și se discută mult despre schizofrenia + (macrosindromul productiv al schizofreniei) și schizo – (schizofrenia deficitară). În această perspectivă este deja clasică elaborarea lui Andreasen, constând din 2 scale:

Cea pentru circumscrierea tabloului pozitiv (SAPS) are următorii itemi:

Halucinații: 1. hal. auditive; 2. voci comentative; 3. voci care conversează; 4. hal. tactile sau somatice; 5. hal. olfactive; 6. hal. vizuale.

Deliruri: 1. delir de persecuție; 2. d. de gelozie; 3. d. de vinovăție; 4. d. de grandiozitate; 5. d. religios; 6. d. somatic; 7. idei sau delir de referință; 8. d. de a fi controlat; 9. d. de citire a

gîndurilor; 10. înregistrarea gîndirii; 11. inserția gîndirii; 12. retragerea gîndirii; 13. evaluarea globală a sistematizării delirurilor.

Comportament bizar: 1. în îmbrăcăminte și apariție; 2. în comportamentul social și sexual; 3. comportament agresiv și agitat; 4. comportament repetitiv și stereotip;

Tulburări formale de gîndire pozitive: 1. scăderea asociațiilor („deraierea gîndirii”); 2. gîndire tangențială (vagă); 3. incoerență (schizofazie); 4. lipsa de logică; 5. circumstanțialitatea gîndirii; 6. presiunea vorbirii; 7. vorbire distracubilă; 8. joc lingvistic, („clanging”, cuvinte fără sens clar).

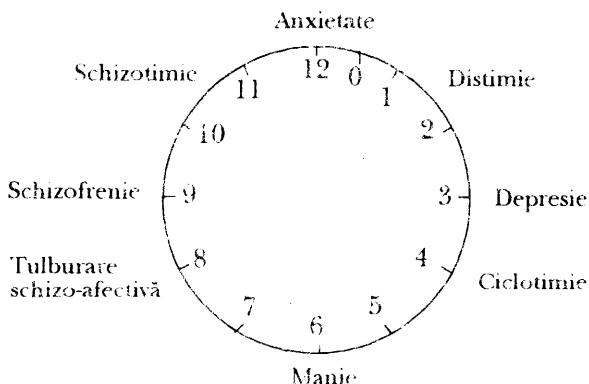
Cealaltă scală a lui Andreasen evaluează simptomele negative ale schizofreniei (SANS și are în vedere): *tocirea și incongruența afectivă*: 1. expresie facială neschimbătoare; 2. scăderea mișcărilor spontane; 3. sărăcia gesturilor expresive; 4. contact ocular sărac; 5. nonrespondență afectivă; 6. afect neadecvat; 7. lipsa inflexiunilor vocale; 8. algia; 9. sărăcia vorbirii; 10. sărăcia conținutului vorbirii; 11. blocaje; 12. latență crescută a răspunsurilor; 13. 14. dezinteres pentru igienă; 15. reducerea randamentului la școală sau muncă; 16. anergie fizică.

Anhedonie asociabilitate: 18. reducerea interesului pentru activități recreative; 19. reducerea activității sexuale; 20. reducerea abilității de a simți intimitatea, apropierea sufletească; 22. reducerea relațiilor cu prietenii și familia. *Atenția*: 23. scăderea atenției sociale; 24. lipsă de atenție în timpul testărilor.

Datorită interferențelor cu tulburările afective și datorită intersecției parțiale dintre cele două domenii de patologie Kay a realizat o scală (PANSS), care introducînd pe lângă itemi specifici pozitivi și specifici negativi și o subscală de psihopatologie generală, reușește să ofere o imagine mai montată a tablourilor de schizofrenie ce ar fi componenta afectivă. Pe de altă parte, Mundt, bazîndu-se pe conceptul fenomenologic de intenționalitate a realizat o scală (INSKA) ce permite evaluarea tulburărilor pozitive și negative din schizofrenie într-o perspectivă antropologică. Cercetările și elaborările în acest domeniu continuă.

Deoarece între diverse tulburări nevrotice și psihotice există interferențe multiple este utilă și o evaluare de ansamblu a simptomatologiei existente din perspectivă apartenenței predominante la o anumită categorie nosologică. În această intenție autorii danezi (P. Bech, M. Kastrup, O. Rafaelsen), combinînd mai multe scale, au creat un sistem de identificare a simptomatologiei

care permite plasarea unui caz pe un cerc, mai aproape de o anumită clasă sindromatică, după schema:



Identificarea episoadelor psihopatologice precedente este bine pusă la punct prin *sistemul PHSD* (Past History and Socio-demographic Description Schedule – OMS). Sistemul înregistrează fiecare episod de boală și fiecare interval. În prealabil, desigur, sînt notate datele de identificare și sursele de informare. Episodul este considerat ca avînd în spate minim 30 zile de absență a oricărui simptom psihotic ori stare de defect stabil. Pentru fiecare episod se estimează: – data aproximativă a debutului; – data contactului cu un serviciu psihiatric (și/sau cu un serviciu medical nepsihiatric sau vindecător „nemedical”; – tipul debutului (acut = 1–7 zile; subacut = 1 săptămînă–1 lună; insidios = peste 1 lună) – dacă s-au petrecut evenimente de viață înainte de debut, independente de boală, nefiind o consecință a evoluției acestuia (se prezintă 19 tipuri de evenimente); – internările în spital pentru tratarea episodului sînt notate cu durată lor (data internării și externării), menționîndu-se toate internările avute; – tratamentele urmate în cursul episodului atît în cursul internărilor, cît și în afara acestora (se dă o listă de 9 tipuri de terapie, incluzînd și psihoterapia); – durată totală a episoadelor se evaluează în timp. Sistemul este elaborat, în primul rînd, pentru studiul schizofreniei (certă sau posibilă) și a nevrozelor, dar pot fi urmărite și alte tulburări.

Privitor la intervale, acestea se evaluează ca durată (examinarea actuală poate avea loc în cursul unui interval) a tratamentelor urmate, a simptomelor clasice persistente.

Acest sistem nu realizează o evidențiere suficient de clară a schimbărilor biografice de viață (la fel ca Fișa nr. 3 din AMDP) și nici a disociabilităților și handicapurilor, pentru care OMS-ul a elaborat un instrument special (GAS).

Preocuparea de a identifica toate episoadele psihopatologice, chiar și cele diferite de episodul actual sau de tipul de boală pe care acesta îl evocă, este în intenția clinicienilor și cercetătorilor. Astfel, s-au elaborat fișe cu check-list a tuturor unităților semiologice cuprinse în DSM-III-R (1989) și care sînt parcurse pentru a afla dacă pacientul a prezentat astfel de tulburări nu doar cu ocazia actualului episod, ci în cursul întregii vieți (life time). Astfel de check-life e posibil și pentru datele semiotico-clinice cuprinse în ICD-10 (conform modelului ICD-10 Symptom Checklist 1991).

Identificarea rețelei de suport social se poate face și ea prin chestionare. Chiar dacă acestea dau valori aproximative, este important să se cunoască convingerile pacientului în ceea ce privește persoanele care-l ajută sau îl pot ajuta. Desigur, aceste informații pot fi precizate mai mult dacă este chestionată concomitent o persoană apropiată pacientului (sau cel pe care acesta îl indică ca fiindu-i persoana de cel mai mare sprijin). Vom aminti 3 din cele mai importante scale în acest domeniu:

Scala lui I.G. Sarason (The Social Support Questionnaire SSQ) constă din 27 de întrebări pentru fiecare fiind prevăzute 2 răspunsuri (de ex., „1) Cui vă puteți să vă adresați cu adevărat cînd simțiți nevoia de a vorbi?” sau 2) „Pe cine vă puteți baza să vă ajute cînd o persoană despre care ați crezut că vă este un bun prieten v-a insultat, spunînd că nu dorește să vă mai vadă?” Primul răspuns indică (prin inițiale) în ordinea importanței persoanele și tipul de legătură: De ex., 1) G.V. văr; 2) I.P. coleg de serviciu; 3) O.I. prieten de club (există 9 poziții posibile). Al doilea răspuns se referă la cît de satisfăcătoare este apreciată această raportare, cu 6 poziții (de la 6 = foarte satisfăcător la 1 = foarte nesatisfăcător).

Scala lui Henderson (ISSI) cuprinde 13 întrebări, la care se cer 3 răspunsuri. De ex., 6.a. Există vreo persoană pe care simțiți că vă puteți sprijini? (nici una) da, dar nu am nevoie de nici una. Dar,

cine este aceasta...); 6.b. V-ar plăcea să vă puteți sprijini și mai mult pe această persoană? (mai puțin) e bine așa (mai mult); 6.c. V-ar plăcea să mai aveți încă o asemenea persoană sau e suficient cea pe care o aveți deja (a-și mai dori una/nu știu/e suficient/nu se aplică). Decodarea scalei indică: disponibilitatea pentru atașament; pentru integrare socială, suficiența atașamentului și a integrării sociale.

Scala lui Veil (MISS – The Mannheim Interview on Social Support) este cea mai elaborată conceptual. Ea are în vedere atât suportul instrumental, cât și cel psihologic (afectiv) zilnic și în situații de criză, sursele și amploarea acestuia. Sînt cinci categorii de întrebări (A, B, C, D, E). De ex., B₁: dacă ar trebui să cereți cuiva un mic favor, (de ex., să vă împrumute ceva, să vă ajute să rezolvați mici reparații în gospodărie, sau să facă unele cum-părături, cui ați putea să vă adresați? (alte ex., să vă ajute la mutare, la pregătirea unei petreceri. B_{1.f}. În timpul ultimei săptămîni cine v-a ajutat în astfel de probleme de zi cu zi, sau altele similare? (cînd). Faceți suma tuturor; numărați o persoană numai o dată pe zi. B_{1.b}. V-ar plăcea să cunoașteți mai mulți oameni cărora ați putea să le cereți astfel de favoruri? (1 = mai mult, 2 = suficient; 3 = irelevant; 4 = nu e cazul). Instrumentul permite mai multe direcții de prelucrare.

Identificarea performanțelor (competențelor) sociale este în prezent considerată ca un important factor de prognostic. Atenția asupra acestei probleme a atras-o Strauss și Carpenter, care au demonstrat că un nivel scăzut al competențelor sociale – și mai ales a relațiilor sociale în anul ce precede debutul unui episod de schizofrenie.

Pentru evaluarea acestuia a fost utilizată mult timp scala GAS (The Global Assessment Scale, Endicott, 1976). O scală complexă de evaluare a disabilităților a fost elaborată de către OMS (DAS 1980) și ea se poate aplica atât pacienților internați, cât și celor neinternați, cu diverse intensități și nivele ale defectului social. Scala are următoarea structură: (fiecare item se evaluează cu valori de la 0 = absent pînă la 6 = foarte intens): 1) *Comportament global*: 1.1. Autoadministrarea pacientului în cursul lunii precedente; 1.2. Scăderea activității pacientului (în cursul lunii precedente); 1.3. Lentoare; 1.4. Retrăgere socială(...) 2. *Îndeplinirea rolurilor sociale*: 2.1. Participarea la activități

gospodărești zilnice (...). 2.2. Relațiile afective cu partenerul (...); 2.3. Relațiile sexuale cu partenerul (...); 2.4. Grija pentru copii; 2.5. Relațiile sexuale cu alte persoane decât partenerul; 2.6. Fricțiuni interpersonale în afara căminului; 2.7. Performanțele la locul de muncă sau studiu; 2.8. Interesul de a se angaja sau reangaja; 2.9. Interesul pentru informații; 2.10. Comportamentul în situații neobișnuite; 3. *Pacientul în spital*: 3.1. Comportamentul în secție, lentoarea mișcărilor, scăderea activității, hiperactivitatea, conversații, retragerea socială, interesul pentru distracții, vorbire incompresivă și irelevantă, atitudini particulare și manierisme, comportament amenințător sau violent, tendința de a rămâne în pat, ținuta personală, comportament la servirea mesei, opinia surorilor, opiniile pacientului în spital: activități gospodărești, ergoterapie, terapie ocupațională, ate socioterapii. Contactul cu lume exterioară: vizite în ultimele trei luni; învoiri acordate în ultimele 3 luni, necesitatea unei supravegheri continue. 4. *Factori modificali*: calități specifice: obstaacole specifice; atmosfera de faamilie; suportul exterior. 5. Evaluare globală.

Problem a fost ulterior teoretizată și studiată tot mai mult, iar în cadrul sistemului de diagnostic DMS-III s-a introdus o axă specială (a 4-a) referitoare la nivelul maxim al performanțelor sociale în urmă cu un an. Din altă perspectivă, exercitarea rolurilor sociale, angrenarea în viața socială și performanțele în activitate constituie o problemă a defectului psihopatologic de după episoade acute, făcând obiectul încercărilor terapeutice, mai ales prin socio-ergoterapie. De aceea, aceste caracteristici s-au cerut inventariate prin scale ce pot fi repetate periodic. În elaborarea lui Katz sînt 4 scale dintre care primele două inventariază simptome clinice, iar celelalte două diverse activități pe care pacientul le-ar putea desfășura în afara spitalului (de ex. ajută în muncile casnice, își vizitează prietenii..., vizionează televizorul, scrie scrisori etc.). Sînt inventariate $16 + 23 = 39$ astfel de activități. La intervale anumite de timp se poate evalua dacă pacientul și-a ameliorat comportamentul social.

Identificarea trăsăturilor de personalitate este una dintre cele mai dificile operații de diagnostic psihologico-psihopatologic. Pe baza diverselor doctrine s-au încercat standardizări și în această direcție. O scală clasică este cea de temperament a lui *Markl-Nyman* care pe baza a 60 întrebări încearcă o caracterizare a persoanei în conformitate cu concepția lui asupra caracterului în

perspectiva a 3 parametri ce sînt numiți: „soliditate”, „stabilitate”, „validitate”. Scala a fost aplicată mai ales în țările scandinave. Prezentăm în continuare, pentru exemplificare schema unui interviu structurat pentru diagnosticul personalității după DSM-III (SIDP, B. Phol, D. Stangl, M. Zimmermann, 1983). Sînt avute în vedere următoarele trăsături (caracteristice).

A. Stima de sine scăzută/dependență. Pentru clarificarea acestei trăsături se pun 10 întrebări și rezultă 5 aspecte ce pot fi evidențiate. B) Relații interpersonale. C) Egocentricitate. D) Lipsa emotivității. E) Hiperexpresiv/hiperactiv. F) Idei de referință și gândire magică. H) Incapacitate de a se relaxa. G) Ostilitate/minie. I) Răspuns la critică. H) Percepția amenințării. K) Sinceritate/stabilitate. L) atenție acordată senzațiilor. M) Pasiv/Agresiv. N) Impulsivitate/asumarea riscului. O) Comportament disocial. P) Autopercepția problemelor de personalitate. Din combinarea aspectelor ce rezultă la fiecare din acești parametri se ajunge la caracterizarea personalității ca fiind de tip paranoid, schizoid, schizotipal, compulsiv, histrionic, dependent, antisocial, narcisistic, evitant, marginal, pasiv-agresiv.

Unele particularități a personalității au făcut obiectul unor studii speciale și a elaborării unor scale de evaluare. Dintre acestea menționăm:

– *Scala de măsurare a dependenței interpersonale.* (Hirschfeld, Klerman, 1977). E o scală de autoevaluare cu 48 de itemi la care pacientul răspunde în una din 4 variante (totdeauna, deseori, uneori, niciodată). Exemple de întrebări: 5. aș dori mai degrabă să fiu condus decît să fiu conducător. 9. dezaprobarea unei persoane de care îmi pasă este o pedeapsă foarte mare pentru mine etc. Ca rezultat se obține o notă pentru: – încrederea emoțională în alte persoane; – lipsa autoîncrederii sociale; – afirmarea autonomiei.

– *Scala de evaluare a stimei de sine* (Janis, Field, 1966). Este o scală de autoevaluare cu 23 întrebări și 5 variante de răspuns posibil. Ex. de întrebări: cît de des în viață vă simțiți inferior față de majoritatea oamenilor pe care-i cunoașteți? (niciodată/rareori/adesea/foarte des/totdeauna) etc. Evaluarea stimei de sine este importantă în programul terapeutic al episodului și în susținerea afectivă ulterioară a pacientului.

– *Scala de evaluare cantitativă a concepției despre viață* (Weltanschang) constă din 68 întrebări la care subiectul răspunde

prin una din 3 variante. Ex. de întrebare: 21. „În general, cărțile îmi par ca fiind mult mai profitabile decât contactele sociale“. 60. „Numai cunoașterea științifică este fecundă pentru a înțelege omul și lumea“.

Desigur, sînt posibile (și sînt realizate) multe alte scale în această direcție.

Evenimentele de viață mai mult sau mai puțin previzibile și firești, mai mult sau mai puțin dorite și stressante, fac parte în mod natural din istoria vieții fiecărui om. Corelația lor cu tulburările psihice se cere analizată de la caz la caz. Identificarea evenimentelor corelate ciclurilor vieții se evidențiază prin fișa 2 AMDP. Există niște scale care permit evidențierea acestor evenimente, fie de-a lungul întregii vieți, fie într-o perioadă delimitată de timp. Baza acestor scale o constituie lista de evenimente și modalitatea de obținere a informațiilor (de la pacient sau alte persoane). O astfel de scală este cea a lui Zimmermann (PANI) care grupează evenimentele pe domenii. Pentru fiecare, răspunsul se referă la faptul că evenimentul a avut loc (cu cît timp în urmă) și dacă a avut un impact negativ sau pozitiv (cu 4 grade).

Toate aceste sisteme standardizate și cuantificate de identificare a persoanei aflate în stare psihopatologică reprezintă doar un aspect al problemei. Mai există și o altă perspectivă în cadrul căreia psihopatologul vizează omul suferind și chinuit, omul dezechilibrat și bolnav mental, dintr-o perspectivă comprehensivă a înțelegerii sale în raport cu o doctrină despre om, dar fără de explicitări punctiforme, măsurători și cifre. Este tradiția psihopatologiei clinice, mai ales a celei de inspirație fenomenologică, care nu a pierit în aceste zile, în care precizia și exactitatea își cere dreptul său. Dimpotrivă, demersul intelectual al analizei, măsurătorii și calculului (a ideilor clare și distincte, a determinismului liniar) pretinde, în mod complementar, un demers al unei raționalități superioare, care să descifreze hermeneutica existenței persoanei suferinde.

FACTORI PSIHOLOGICI IN TERAPIA TULBURĂRILOR PSIHICE

În lucrările de psihopatologie clinică se obișnuiește să nu se abordeze problema psihoterapiei considerată ca un subiect aparte. Am ținut totuși să comentăm într-o perspectivă cât mai largă influența posibilă terapeutică a factorilor psiho-sociali, mai ales din perspectiva înțelegerii „bolii psihice” ca strâns corelată cu destinul persoanei, deci, nu din perspectivă secvențială a episodului, ci din cea a modelării și sprijinirii drumului de viață al unui om.

BIOGRAFIE ȘI DESTIN

În acest ultim capitol se încearcă o rezumare a principalelor idei susținute în carte sub forma unei scheme care să poată fi utilizată și drept ghid pentru cercetare. În același timp subliniem necesitatea regîndirii în termeni moderni a tradiționalului concept de *destin* și a problemei libertății concrete și reale a persoanei umane conștiente.

FOREWORD

I. Clinical Psychopathology was not, in the last decades, subject of synthesis works to be compared with those of K. Jaspers and K. Schneider. Schafferrer's book is predominantly descriptive, and H. Ey's synthesis do not maintain themselves in the '90's perspective. Other researches can also be mentioned here, like the ones of Glatzel and Janzarik, but these do not approach the entire field and directions of the nowadays psychopathology. The present book is an attempt to fill this lack in the international literature.

Clinical Psychopathology is understood as a main term of reference (like a spinal cord) for Psychiatry. Its correlations with other psychopathological doctrines (psychoanalysis, behaviourism, phenomenology, cognitivism) are not analysed in detail in this book.

II. The framework of reference for the Clinical Psychopathology is considered to be the conscious human person, understood in a double perspective: a sinchronical and diachronical one. The last takes into consideration the biography of the person, its different stages and "life-cycles", usually separated by "periods of crisis" (Jung, Erickson, Levinson). Are also brought into consideration determined periods of life – characterized by the fulfil of a life project: "present" stages of certain periods of time, during each the Subject solving some disturbing situations, – time units of existence, arranged by various psycho-biological and anthropological rhythms; and, finally, the "becoming" of the person, which, by freedom of conscience, leads to responsibility and self determination.

The synchronic perspective takes into consideration the body, in its biological and neuro-psychological nature (the last, based on the "body-scheme", is the basis of the subjective experienced body); the reflexive ego, regarded as the centre of one person's identity; the character-temperamental dimension, which represents the ground for the relatively constant modalities of relation, expression and action; the social-valuable person through which the Subject expresses one-self by responsibility and creation in the Human Community. The different psychological functions included in the structure of intelligence, motivation and voluntary action, are centred by the reflexive ego and create the ground for the diachronical expressions and the structural features of a person.

The problem of the conscious and unconscious dimensions of the human psyche' is presented in a synthetic manner.

III. The psychic abnormality and the mental illness is discussed from the traditional and modern perspectives. The abnormality is assessed in relation with statistical norms (ideal and responsive), and with the dynamism of the human existence and the person's interaction with a certain community. The mental illness is considered as a "negative" abnormality, as a minus and a disorganization of the psyche', that disturbs the community, and the performant social-role playing. Are also mentioned the deficiencies of the person's autonomy, independence, self-assessing and assessing of the environment, capacity of creation. It emphasizes the difference between illness (regarded as a dynamic process) and the constant psychic deficiency resulting either from a deficient personogenesis, or after ill-episodes. Other terms, as "reaction" (either psychogenic or organic); "development", "psychopathological process", "vulnerability", are also mentioned. It's emphasized the increased vulnerability of some "over-attributed" persons, as well as the one of the so-called "hiper-normal" persons (e.g. "Typus Melancolicus" - Tellembach). The psychic abnormality and the mental illness are discussed from a historical and cultural (anthropological) point of view (from the Middle Age to the present decade).

IV. The presentation of psychopathology's specific problems begins by discussing the "ground". In this case, the "ground" is the personality's background, as it's been created during person-

genesis, as a result of biography, of the different events and influences passed, leading to a certain person with specific features (demographical, typological, of balance and vulnerability, social interaction, etc.).

This chapter, concerning "Psychic Disontogenesis", has the following sections:

- Psychic disorders, which can be predominantly cured during personogenesis: "transient" disorders specific to the infantile psychiatry. These disorders can be the signs of an increased vulnerability, or can, by themselves, to vulnerabilise the person to mental disorders at the adult age.

- The disontogenesis that leads to a severe psychic deficiency at the adult age: (a) The mental retardation and (b) The infantile autism. These could be at least partially cured, but they lead to a deficiency that needs special care and protection.

- The disontogenesis that leads to typological particularities and to minor deficiencies of the person. In this sub-chapter are discussed: "the particular persons" (with a brief description of some types) and the consecutive minor personality deficiencies:

1. Ego's deficiencies (insufficient independence, increased interpersonal dependance, lack of tolerance at frustration, low self-esteem, insufficiency of the ego's identity).

2. Sectorial disabilities, either at a body level or energetical, of coping (e.g. social relationing, stress control, capacity to obtain life-satisfaction, to express emotion etc.).

- The disarmony that leads to psychopathic personalities. These conditions could be considered as a possible nosologic framework. It proceeds to an insert of these entities in the perspective of the character's structure disharmony, and the correlation of other typological forms of psychopathology, and, on the other hand, with different types of particular persons. It emphasizes on the severe forms, bordering endogenous psychoses, of personality disorders. A description of the main types of pathological personalities, in their evolution and correlations with Clinical Psychopathology, is also presented.

- The vulnerability for psychopathological disorders. The concept of vulnerability is quite new, and tends to replace the old term of "endogenous predisposition". Particular persons usually show a nonspecific disposition for episodic mental disorders,

while the pathological persons often express a specific vulnerability that implies the person's structure. But, vulnerability is a much larger concept, having a biological dimension (genetic and expressed in bio-psychical markers) and not psychological. This subchapter contains the constitution of the vulnerable person, by analysing all known and possibly existent factors, that interfere in the process. It presents the possible correlations of the "vulnerability" with the "ground", with the social support network and with the changes in the stress-life. The presence of psychopathological episodes can increase the vulnerability of a person. The circumstantial increasing of vulnerability depends on external factors (see above), but also of internal ones (different bio-psychohytns).

– The social support network (SSN) is discussed from the perspective of specific features of a certain person, playing an important role in the protection for the mental disorders or in their conditioning. The SSN consists of a group of persons who are able to help daily, or in crisis situations, instrumentally and emotionally, too. The persons forming the SSN can appear in different life-cycles (family, colleagues, neighbours, friends etc.). This network changes in time during the biography. The main life changes also changes the SSN. A poor SSN increases the vulnerability.

V. Determinism and psychopathology. This problem was opened in the previous chapter (vulnerability and genetical predisposition). In this chapter it is discussed the role of the determinant and trigger factors, both organic or psychosocial. It emphasizes especially on the psychosocial factors and the methodology of their identification, i.e.:

– the sequential psychosocial influences in relation with those prolonged ones, the relation with the life events (L.E.) and the intentionality of the Subject, the over – and the understimulation, the interference between the L.E. and the social support network, the stressful experiences and their control, the balance between distress and life-satisfactions.

All these are needed for a clear psychopathological analysis. It briefly comments then, the main psychosocial influences that play a role in psychopathology: psychotrauma; the L.E. and the life-changes (with a special signifiante for the Subject); the failure;

the conflict (including the interpsyche' one); the prolonged and intensive demands; the unfavourable "psychological atmosphere"; the frustrations; finally, the pathological conducts learning.

After such an analytical review, it analysis the way that psychosocial influences intervene either as factors of vulnerabilisation, or favouring determinant factors (see Annexes on the end of the book).

VI. The Chapter of Psychiatric Semiology presents the main symptoms and syndromes met in the psychopathology. Because in the present exists a confusion in this field, the position of the author is a pragmatic one, i.e. the symptom is considered as a disorder of an isolated psychical function; (in this book are listed 219). A "Standard syndrome" is considered a psychological disorder that consists in a frequent and coherent reunion of more symptoms, that presumes a specific neuropsychological problem, and expresses a disorder of a certain dimension of the existence. The standard syndromes are considered "pure" entities (of reference). This chapter lists 16 such syndromes, as well as 54 "syndromatic units" as intermediary levels between symptomes and standard syndromes. Because these "pure" conditions are very rarely met in the clinical reality, only combinations of those syndromatic "configurations" or "families" are available. This comment is made only from the perspective of the endogenous psychoses.

At the end of the chapter, the author marks the distinction, and emphasizes on the relations between the semiological elements that characterize a "psychopathological state" (i.e.-an ill-episode) and those that characterize "ground abnormal traits" of the personality (either in the case of the abnormal personality or in the case of a structural defect after an ill-episode).

The manner of the semiology's approach is a flexible one and it allows a quantitative-combinatory approach (on the computer), also representing a guide of nuanced phenomenological thinking.

VII. The psychiatric nosology. It makes from the begining the difference between: (a) The real-concrete existence of a human being who expresses psychopathological disorder; (b) The existence of a theoretical nosological-nosographical system (NNS)

as a theoretical model, that synthesise the psychiatric knowledge in a certain culture; (c) The relation between a person with a mental disorder and a NNS for the diagnostic purpose.

The concept of "mental disorder" can't be completely separated from the SSN concept, the last forming itself by certain principles and criteria of arrangement. Regarding the "mental disorder", we can distinguish three levels of understanding it:

1. An abstract level, of standard mental disorder.
2. A more differentiated and nuanced level, more suitable to the vast area and diversity of the cases field.
3. A relaxed level, in which is accepted to look also for the minor psychic abnormalities.

In a more accurate perspective (but also more abstract, the one of the standard mental disorder), it is distinguished between: – ground; – psychopathological episode; – deficiency; – evolutionary model. All these aspects are discussed in the text, specifying that, in principle, they are applicable to all psychopathological disorders that can be regarded as illness; and, first, to neuroses and (endogenous) psychoses.

In the more "relaxed" approach to nosology, a larger importance can be attributed to the ground, to clinical variations etc.

In an even more relaxed way, "anthropologically", mental illness approaches the disorders (crises and abnormalities) frequently met in human lives. But, of course, not any such abnormality needs to be diagnosticated and cured. But, in the mental hygiene and community psychiatry perspective, this respect has its importance.

Below, it is presented (briefly) a nosological-nosographical system, according to international official classifications. The representation is centred on adult age's psychopathology and reviews successively: – personality disorders (initial and defective); – psychopathological reactions (acute, subacute and prolonged); these two disorders are considered as abnormalities. Afterward are mentioned the main psychical disorders that have an "illness" character, forming the nucleus of clinical psychiatry: neuroses and endogenous psychoses; the difference between clinical aspects is made referring to the ones commented in the Psychiatric Semiology's Chapter, and to the ones presented at the beginning of this chapter. Following, are examined: – instinctual disorders and particular behaviour; – mental disorder correlated with alcohol use

(intermittent and abusive, or chronic with addiction); these are, sometimes, "second" disorders; and then, the second psychiatric pathology of the organic cerebral sufferings. Reported to this nosological scheme, are reviewed (listed) psychopathological disorders of the childhood-adolescence age (a part of these were described in Ch. III, as "transient" disorders during personogenesis); and, psychopathological disorders of the third age (gerontopsychiatry).

VIII. The exam and diagnoses in psychopathology. Psychiatry has special problems of its own, different from those of other medicine's fields. These can be of various degrees of difficulty, beginning with the naming (inclusion in a code), to a diagnoses elaborated and analysed in the etiopathogenical and prognostical perspective; as a last level it presumes a large anthropological perspective.

The first aspects presume the existence of a nosological-nosographical system, more or less spread and accepted in a community. In this context, the nosological entities must be inserted as explicit and complet as it is possible. This is accomplished by glossaries of diagnoses, manuals and books.

The diagnoses must do its best to classify in detail the assembly of all aspects discussed in previous chapters, as well as this ones. So, it must be presented: the clinical picture and the characteristics of the present psychopathological episode; – characteristics of the "ground" (personality) that supports it; – the etiopathogeny; – the level of social function (previous, present and probable).

Regarding the psychopathological episode, it emphasizes on the following necessary distinctions: first-second; episodeillness deficiency; possible, probable, doubtless; – single or multiple diagnoses; – the category-dimension distinction. Following, are discussed: diagnoses validity (and the one of the nosological-nosographical system), with its various aspects: credibility and reliability.

The psychiatric diagnoses it made for various purposes (therapy, epidemiological registration, research, expertise etc.). It is based on the psychiatric registration form, which is noted below, guided after the international system AMDP.

To obtain the necessary data for diagnoses, various techniques and sources are needed. The most important source is the interview, fulfilled using different techniques: "closed" questions, or "opened" questions, or "half-opened" ones, single or many questions regarding the identification of one subjective symptom, etc. To realize a good interview, the diagnoses must follow a certain list of symptoms, have operational definitions of these symptoms, ask the questions in a certain order etc. Are discussed the techniques for a structured interview, half-structured and non-structured. Also, are considered important the surveying of the Subject (during and after the interview), informations coming from other persons (relatives, colleagues, medical personell etc.), the results of psychological examination with special techniques etc.

Also, are important not only the informations regarding the ill aspect, but also the biographical ones, life-characteristics in general. For the sinchrone and evolutionary assessment of the different syndromes and behaviours, it is used an "assessment scale". The typology and the structure of the scales are discussed in the text.

Psychiatric diagnoses must be understood also considering the normal existence's perspective, the phenomenological-existential perspective. It is relieved that, diagnoses is not specific to medicine but also to different sections of human existence, varying between the precise identification and the hermeneutical one. The psychiatric diagnoses is somewhere between these two. It is necessary to distinguish between "identification of the symptoms" and the "understanding of a psychopathological phenomena" (e.g. depression). It is discussed the traditional problem of the differences and interferences between explication and understanding. Is presented the present state of this debat, which concerns also the typological problem.

IX. Psychosocial factors in mental disorder's therapy.

It is presented the general problem of mental disorder's evolution in correlation with aimed therapeutical actions, but also with other factors that act spontaneously (interior by psycho-moto-actions and exterior by influences and events which are out of the therapist's controle). It is discussed the difference between psychotherapy and sociotherapy (considered in a restrictive way), being reviewed briefly some ways and techniques used by psychiatrists. Are also mentioned apart the ergotheraphies and the occupational

therapies. It is emphasized the modern concept of "psychiatric management" of the cases with a tendency for prolonged evolution. Except the treatment of the disorder, it is necessary that the Subject becomes conscious about his illness, to get to know it and became co-therapist. Also, are very important the family and other relatives. The modelling of the social support network is also important.

Another aspect being very important nowadays is the one of psychical therapies orientated on the modelling of the "ground" (and not only to solving the episode). This refers to training sessions concerning the development of different abilities (to solve problems, to control stress, to improve social relationing etc., all being considered as abilities for "coping"). In the same directions is orientated the family therapy, the couple therapy, increasing of the ability to obtain life-satisfactions etc.

X. Biography and destiny in psychopathological perspective.

All the informations and comments presented in this book are related naturally and must be took into consideration in approaching any case. For this, the human person who, in a certain moment of his life, found itself in a psychopathological state, must be approached and understood from the perspective of it's entire life, of its biography and its character, of the world it lives in, of its destiny. In the present paragraph it is intended a schematic analyse of the case's biography from the perspective of life-cycles. Besides the chronological cycle in its restrictive mean, which considers the age of the Subject, are identified other four concomitant cycles: - the family's one; - the educational-profesional one; - the neighbouring-housing one, and the one of social relations. Every one of these, subdivide themselves in other sub-cycles, until an elementary level of interrelations and dramatic processes is achieved. It is considered important to identify in what stage (historical and qualitative moment), the person is, in every subcycle: e.g. in its relations with the parents (dependent of the original family cycle), with the husband/wife (subcycle of its own family), at work, with the neighbours etc.

In the context of these four cycles and their subdivisions, the performance in social playing, the extent and the quality of the social support network, demandings and stress, and satisfaction,

expresses themselves. Also, in the diachronical perspective, must be considered somato-diseases, addiction and psychological cases.

The proceeding of existence in the above mentioned cycles – and also the abilities, social support network, stress and satisfactions – are in a tight interrelation with the structural respects of the person (as it presents itself in a certain moment of life). This means: – Subjects needs (wishes and demandings), it's abilities, it's background aptitudes, structure of intelligence, particularities in proceeding of the cognitive functions, degree of knowledgement, ideas about life (beliefs, convictions), the harmony of the structure and self-control etc. The distinguishment of all these respects and their diachronical and sinchronical interrelations, would allow a better comprehension of the person, and on the other hand, of the presence of the psychopathological expressions. The proposed system it is in the middle between sequential analysis of the liniar evidenciation systems and "non-liniar concept" and "complex" of the human person, who can be, and must be, understood also in a phenomenological-anthropological perspective, in its own "destiny".

The Biography part, noted in the Annex, puts the book in the context of traditional and modern informations, allowing it to be a guide for clinicians, anthropologists and researchers.

CONTENTS

Introduction	5
1. The conscious human person – frame reference for psychopathology	9
Consciousness and unconsciousness	25
2. Normality, abnormality, illness and defect from a psychopathological view	27
3. Normality and psychic illness from a cultural-anthropological view	34
4. Psychic disontogenesis and its consequences. The „ground“ problem in psychopathology	40
1. Remediable disorders during personogenesis	45
2. Disontogenesis leading to major psychic defect at adult age	49
3. Disontogenesis leading to the structuring of pathological personalities (disharmonic-psychopathic)	65
5. The vulnerability for psychopathological disorders	80
6. The role of the social support network in psychopathology	95
7. Determinism in psychopathology	104
1. Brain-organic disturbances grounding the psychopathological episodes	106
2. Psycho-social influences in psychopathology	111
3. Brief comments on the types of stressing psycho-social influences	120
8. Psychiatric semiology	136
1. Symptom centered semiology	141

2. Syndromatic units (SU) and simple psychopathological syndromes	179
3. Complex (standard) syndromes; psychopathological macro-syndromes	192
4. Configurations or syndromatic families in the clinical perspective of the „illness“ episode	214
5. Psychopathological symptomatology between the episodic and the structural disorder	219
9. Psychiatric nosology. Mental illness	225
10. A summary of a nosological-nosographical system	236
11. The examination and the diagnosis in psychiatry	263
1. General problems of the psychiatric diagnosis	263
2. Psychiatric diagnosis. Psychiatric observation sheet ..	282
3. Psychiatric diagnosis from the perspective of the psychopathological doctrines and general anthropology	302
12. Psycho-social factors in the psychiatric therapy	314
1. Information regarding some psycho-therapies	317
2. Socio-therapies	326
3. Occupational therapies	329
4. Ergotherapy	330
5. Sociotherapy and psychiatric management	332
6. „Ground“ oriented therapies	335
13. Biography and destiny from a psychopathological view ...	342
1. Psychological's development cycle	352
2. Family cycle	353
3. Educational-professional cycle	357
4. House-holding cycle	359
5. Social activities and relationship's cycle	360
6. Social functioning level	361
7. The social support network	362
8. Solicitations, stressors, satisfaction	363
9. Somatic diseases, deficiencies	366
10. Addiction, dependance	367
11. Psychopathological disorders and crises	367

Structural Aspects.....	368
I. Needs: wishes to be satisfied, friendships to be respected	369
II. The attitude toward persons and situations	372
III. Psychic capacities and abilities	372
IV. Intelligence and cognitive, functional values	374
V. The ethical-standard dimension	378
VI. Structural balance	378
VII. Vulnerability	381
Bibliography, notes and annexes	383
Foreword	463

CUPRINS

Introducere	5
1. Persoana umană conștientă – cadru de referință pentru psihopatologie	9
Conștientul și inconștientul	25
2. Normalitate, anormalitate, boală și defect în perspectiva psihopatologică	27
3. Normalitatea și boala psihică în perspectiva antropologico-culturală	34
4. Disontogeneza psihică și consecințele ei. Problema „terenului” în psihopatologie	40
1. Tulburări (predominant) corectabile în cursul personalității	45
2. Disontogeneza ce conduce la un defect psihic major la vârsta adultă	49
3. Disontogeneza ce conduce la particularități tipologice și deficiențe minore ale personalității	55
– Persoanele particulare	55
– Deficiențe minore ale personalității	59
4. Disontogeneza ce conduce la formarea unor personalități patologice (dizarmonic-psihopate)	65
5. Vulnerabilitatea pentru tulburări psihopatologice	80
6. Rolul rețelei de suport social în psihopatologie	95
7. Determinism în psihopatologie	104
1. Perturbări organice cerebrale ce stau la baza episoadelor psihopatologice	106

2. Influențe psiho-sociale asupra persoanei în perspectivă psihopatologică	111
3. Scurt comentariu asupra tipurilor de influențe psiho-sociale stressante	120
8. Semiologia psihiatrică	136
1. Semiologia centrată pe simptom	141
2. Unități sindromatice (US) și sindroame psihopatologice simple	179
3. Sindroame complexe (standard); macrosindroame psihopatologice	192
4. Configurații sau familii sindromatice în perspectiva clinică a episodului malativ	214
5. Simptomatologia psihopatologică între tulburarea episodică și cea structurală	219
9. Nosologia psihiatrică. Boala psihică	225
10. Prezentarea rezumativă a unui sistem nosologico-nosografic	236
11. Examinarea și diagnosticul în psihiatrie	263
1. Probleme generale ale diagnosticului psihiatric	263
2. Diagnosticul psihiatric. Foaia de observație psihiatrică	282
3. Diagnosticul psihiatric în perspectiva doctrinelor psihopatologice și a antropologiei generale	302
12. Factori psihosociali în terapia psihiatrică	314
1. Informații despre câteva psihoterapii	317
2. Socioterapiile	326
3. Terapii ocupaționale	329
4. Ergoterapia	330
5. Socioterapia și managementul psihiatric	332
6. Terapii orientate asupra „terenului“	335
13. Biografie și destin în perspectivă psihopatologică	342
1. Ciclul dezvoltării psihologice	352
2. Ciclul familial	353
3. Ciclul instructiv-profesional	357
4. Ciclul locativ-gospodăresc	359
5. Ciclul activităților și relațiilor sociale	360
6. Nivelul de funcționare socială	361
7. Rețeaua de suport social	362
8. Solicitări, stressuri, satisfacții	362

9. Boli somatice, defecte	366
10. Toxicomanie, dependență	367
11. Crize și tulburări psihopatologice	367
Apect structural	368
I. Nevoi: dorințe ce se cer satisfăcute, prietenii ce se cer respectate	369
II. Atitudine față de persoane și situații	372
III. Capacități și abilități psihice	372
IV. Inteligența și valori cognitive, funcționale	374
V. Dimensiunea normativ-morală	378
VI. Echilibrul structural	378
VII. Vulnerabilitatea	381
Bibliografie, note și anexe	383
Foreword	463

I.S.B.N. 973-9159-29-X

Bun de tipar: 10.1.1994

Apărut 1994

Coli tipar: 30

Culegere și paginație computerizate

Tiparul executat la

S.C. „Helicon” Banat S.A.

1900 Timișoara, Calea Aradului 1

sub comanda nr. 373